

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°
356

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Beno SCHAEFFER

Ancien Interne à l'Hôpital Départemental de Nevers

Né le 5 Août 1905, à Rzeszow (Pologne)

**Contribution au Diagnostic
de la Rubéole**

Président : Monsieur L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Beno SCHAEFFER

Ancien Interne à l'Hôpital Départemental de Nevers

Né le 5 Août 1905, à Rzeszow (Pologne)

Contribution au Diagnostic de la Rubéole

Président : Monsieur L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1932

Doyen	BALTHAZARD.
I. — Professeurs.....	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	GRÉGOIRE
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale ..	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	CARNOT
	BEZANÇON
Clinique médicale	ACHARD
	MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	CUNÉO
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
Professeur sans chaire	SERGENT
	MAUCLAIRE
	MULON

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	CATHALA.....	Pathologie médicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.	CHABROL.....	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	CHAILLEY-	
BROCC.....	Pathologie chirurgicale	BERT.	Physiologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.	DOGNON.....	Physique.
TADENAT.....	Pathologie chirurgicale	DONZELOT.....	Pathologie médicale.



MM.	
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologi.
GASTINEL....	Bactériologie.
GATELLIER..	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HAZARD.....	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON....	Hygiène.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MILLOT.....	Histologie.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
OBERLING...	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHEL, FILS	Physiologie.
SANNIE.....	Chimie biologique.
SÉZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUD'ESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.
LEROUX.....	Anatomie pathologique

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER...	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU....	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
Chaire.....	
FREY.....	Stomatologie.
CHAILEY-BERT, Agrégé.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

dont la vie toute de bonté et de dévouement
sera toujours pour moi le meilleur des
exemples.

Modeste hommage de mon immense amour
filial et de ma très grande reconnaissance pour
tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MES FRÈRES

Témoignage de profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TANON

*Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
à la Faculté de Médecine de Paris
Directeur de l'Institut Supérieur d'Hygiène
Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale de Paris
Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique
de France
Conseiller technique sanitaire du Ministère
de la Santé Publique
Médecin-Chef des Services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Témoignage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. CAMBESSEDES

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a inspiré et guidé dans ce travail,
notre reconnaissance et sincères remerciements.

A TOUS MES MAÎTRES

de Strasbourg, de Montpellier et de Paris

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES HOUZÉ

Chirurgien en chef de l'Hôpital départemental de Nevers

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

A TOUS LES MÉDECINS

DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE NEVERS

(Internat 1931-1932)

INTRODUCTION

Longtemps confondue avec les diverses maladies éruptives, la rubéole a été individualisée, en particulier depuis le congrès international de Londres en 1881. Mais, si la maladie est aujourd'hui bien décrite, il semble que nombreux soient encore les cas de rubéole qui sont méconnus. Certes, des faits types lors d'une épidémie sont aisément reconnaissables, encore que nous ayons connu des cas d'épidémie étiquetée rougeole où il s'agissait nettement de rubéole. Plus souvent l'erreur consiste à mettre sur le compte de la rubéole des érythèmes infectieux ou non, plus ou moins discrets. En particulier, le mégalérythème épidémique qui est une entité morbide aujourd'hui individualisée, est fréquemment confondu avec la rubéole.

Il nous a paru intéressant de préciser dans un travail d'ensemble ce diagnostic qui est d'une portée très pratique tant au point de vue du pronostic que des mesures de prophylaxie à prendre. Nous retracerons d'abord le type clinique de la rubéole. Après cette partie de « diagnostic positif » nous aborderons dans le chapitre suivant le diagnostic différentiel des maladies avec lesquelles la rubéole peut être confondue.

Etude clinique de la rubéole

La rubéole est une fièvre éruptive, contagieuse et épidémique qui se caractérise par l'existence d'un exanthème rappelant celui de la rougeole et de la scarlatine mais dont l'évolution et la symptomatologie la séparent de ces deux infections. Ce sont, en réalité, ces analogies et ces différences qui ont divisé pendant longtemps les opinions formulées sur la nature de cette maladie. Les uns en effet ont confondu la rubéole avec la rougeole ou avec la scarlatine, les autres en ont fait une maladie spécifique, une entité morbide essentiellement distincte de ses congénères. Son individualité n'a été définitivement établie qu'au congrès international de Londres en 1881.

La rubéole est rare au-dessous de 2 ans et au-dessus de 15 ans ; au contraire, elle est fréquente entre 2 et 15 ans, plus spécialement entre 5 et 10 ans : la rubéole est surtout une maladie de la seconde enfance. Elle est contagieuse d'une façon précoce. Aviragnet et Apert affirment que cette contagiosité peut se manifester cinq ou six jours avant le début de l'exanthème, donc plus tôt que pour la

rougeole. Par contre, elle serait très éphémère. La contagion s'exerce librement dans les familles et les agglomérations d'enfants. Elle se fait entre frères et sœurs, entre enfants et parents, mais les adultes sont moins exposés à contracter la rubéole que les jeunes sujets. On rapporte des observations de rubéole chez des adultes de trente et quarante ans ; après cet âge, la maladie est presque inconnue. Sur un groupe d'enfants vivant ensemble, on pourra ne voir survenir qu'un ou deux cas de rubéole ; parfois presque tous sont atteints, à l'exception des jeunes nourrissons, souvent réfractaires. Il semble qu'une première atteinte confère l'immunité.

En général, il n'y a pas de toux dans la rubéole, pas de catarrhe oculo-nasal, pas de coryza ; l'extériorisation du contagion et sa projection à distance ne semble pas devoir se faire comme dans la rougeole. Il semble que le contact direct soit la cause presque exclusive de la propagation de la maladie. Si, dans les grandes villes, il est difficile de relever exactement les conditions de dissémination et si l'on ne peut écarter l'idée qu'un individu sain a pu servir d'intermédiaire, il semble que la fragilité du virus de la rubéole rende ce transport exceptionnel. D'ailleurs, dans les villages ou dans les groupements limités (familles, pensions, corps de troupes) où l'enquête est plus simple, il est aisé de se rendre compte de l'importance du contact direct et de la brièveté du délai dans lequel la diffusion se produit dans un milieu déterminé.

L'observation des données épidémiologiques a fait remarquer que l'infection se répand plus facilement en hiver et quand le mauvais temps dure longtemps, car les enfants sont alors obligés de demeurer dans des lieux fermés et la contagion en est rendue plus aisée. La diffusion se fait toujours de façon limitée par foyers successivement atteints mais sans jamais prendre l'allure massive des épidémies de rougeole. Le fait d'avoir été atteint de rubéole n'empêche pas de contracter la rougeole ou la scarlatine. De même, après avoir contracté ces deux dernières maladies, on peut contracter la rubéole : ceci prouve que cette maladie doit être considérée comme spécifique et indépendante des autres exanthèmes aigus.

Il n'y a pas beaucoup de recherches étiologiques à propos de la rubéole. Les travaux d'Edwards sont chronologiquement les premiers. Cet auteur a isolé des microcoques du sang des malades atteints de rubéole ; Formand et Klamann ensuite firent les mêmes observations. L'importance étiologique de ces faits fut plus tard démentie par Edwards lui-même quand il reprit ces recherches. Mme Tunnicliff, en 1918, annonça qu'elle avait pu isoler du sang d'enfants malades de rubéole un germe polymorphe anaérobie aux premières générations, aérobie ensuite qui ne présente aucun caractère de spécificité à cause de ces différentes formes morphologiques, culturales et des diversités existantes entre les différentes souches. En 1925, Sintoni et Ritossa, en faisant des recherches analogues à celles de Caronia et en se servant de milieux

catalyseurs, purent mieux étudier l'étiologie de la rubéole. Les recherches de ces auteurs sur les éléments éruptifs faites en grattant les taches et en faisant des frottis permirent d'observer parmi les éléments du sang un petit nombre de diplocoques. Pour les recherches culturales ils semèrent le sang et les sécrétions du nez et du pharynx sur les milieux du type Tarozzi-Noguchi en les maintenant dans des conditions d'anaérobiose avec de l'huile de vaseline : après douze jours des diplocoques elliptiques à Gram positif apparurent. En filtrant ce matériel par une bougie Chamberland L 7 et en inoculant ce filtrat, les auteurs obtinrent des nouvelles cultures ayant les mêmes caractères. On a aussi essayé l'infection expérimentale sur des animaux et sur l'homme. Les lapins inoculés par voie intraveineuse, souffrirent d'un léger malaise passager. Les enfants ainsi traités (4 cas) eurent un peu de fièvre, un exanthème et de l'adénopathie. L'hémoculture en milieu Tarozzi-Noguchi pratiquée sur les enfants quinze jours après l'injection expérimentale permet d'observer le développement des mêmes germes qu'on peut isoler des malades atteints de rubéole. Jusqu'à présent ces recherches n'ont pas encore été confirmées.

La rubéole est une maladie de courte durée; le plus souvent un enfant en bonne santé se réveille le matin un peu fatigué ; dans le cours de la journée un léger mouvement fébrile se montre, sans cependant troubler les jeux ni la gaieté de l'enfant, souvent il vomit une ou deux fois, ses conjonctives oculaires sont un peu rouges, le

nez est un peu enchiffrené. Au bout de 12 à 24 heures apparaît au cou et à la face une éruption de taches rouges, saillantes, plus ou moins confluentes, coïncidant avec des plaques érythémateuses variables sur les membres ; en même temps le cou est gonflé, les ganglions augmentent de volume, roulent sous les doigts et sont légèrement douloureux, la gorge est le siège d'une angine rouge discrète ou pultacée. L'éruption se complète en 12 à 24 heures et s'efface en 2 ou 3 jours, l'enfant conserve son appétit et son état général n'est en rien modifié. Les ganglions disparaissent les derniers et l'enfant est guéri dans l'espace d'une semaine.

Tel est habituellement le tableau clinique de la maladie, mais elle peut revêtir des formes différentes suivant l'âge, le milieu et les épidémies ; des symptômes nouveaux peuvent se surajouter, les signes constants peuvent prendre une intensité plus grande et modifier l'allure et la marche de la maladie. Aussi est-il nécessaire d'étudier en détail chacun des symptômes en particulier pour avoir une idée exacte et complète de la rubéole.

Comme dans toute fièvre éruptive, nous décrirons à la rubéole une période d'incubation, une période d'invasion, une période d'éruption et une période de desquamation.

Incubation. — Les chiffres donnés pour l'incubation de la rubéole sont assez différents. D'après May Michael, l'incubation serait de plus de dix jours ; Hutinel et Martin indiquent une moyenne de quatorze jours avec un

minimum de cinq jours et un maximum de trois semaines ; d'après Teissier, les chiffres de quatorze jours (Netter), quinze jours (Juhel-Rénoy) et seize jours (Aviragnet et Apert), répondent à la généralité des cas. Quoiqu'il en soit, on peut dire qu'elle dépasse de beaucoup la période d'incubation de la scarlatine et qu'elle est encore plus longue que celle de la rougeole qui est de quatorze jours.

Invasion. — Elle est très brève ; elle dure quelques heures seulement, on a noté cependant jusqu'à 3, 4 et même 5 jours de prodromes. Cette période est caractérisée par une brusque élévation de température à 38°, 38°5, parfois 40 degrés. L'apparition de la température est suivie à bref délai (24 heures en moyenne) de l'apparition de l'éruption. Mais la fièvre peut manquer ou être insignifiante. Si elle est très accusée, elle n'est que de courte durée. Ces allures de la fièvre séparent nettement la rubéole de la rougeole et de la scarlatine.

En ce qui concerne d'autres prodromes, ils sont plus ou moins accusés ; leur intensité et leur durée varient suivant les épidémies, cependant ils sont toujours courts et ne dépassent pas plus de 12 à 24 heures. On observe très rarement de la toux, mais qui n'a rien de commun avec la toux profonde et quinteuse qui précède l'exanthème de la rougeole, c'est une toux en rapport avec une légère hyperémie de la muqueuse du pharynx ; les muqueuses oculo-palpébrales et nasales sont atteintes au même degré. On signale encore les frissons, la courba-

ture, avec lassitude générale, anorexie, céphalée. Les vomissements marquent quelquefois aussi le début de l'affection, mais ils sont très passagers et n'acquièrent en aucun cas la gravité. Il n'est pas très rare de voir une langue scarlatineuse. Stolte dit avoir souvent rencontré des sueurs plus ou moins profuses 36-48 heures avant l'éruption.

Si la température a précédé l'exanthème, elle fait une légère ascension au moment même où débute l'éruption. Elle redescendra bien vite pour revenir à la normale dès le quatrième jour de la maladie. Ainsi la courbe thermique dessine-t-elle un clocher. Quelquefois, et dans les cas plus sérieux, elle esquisse un plateau de quelques jours avec quelques légères oscillations.

Eruption. — Quelque soit l'intensité et la longueur des prodromes, l'éruption se manifeste d'abord à la face ou à la partie antéro-externe du cou, de là elle gagne rapidement les épaules, le thorax, les membres et envahit ainsi toute la surface du corps en l'espace d'une journée. La plante des pieds, la paume des mains et le crâne sont quelquefois seuls épargnés, d'autres fois l'exanthème épargne totalement une région du corps.

L'exanthème de la rubéole présente des caractères éminemment variables, suivant les auteurs, suivant les milieux, suivant les épidémies ; c'est cette variabilité qui rend souvent le diagnostic difficile et cause les erreurs d'interprétation. Il varie même suivant les points du corps où on le considère et c'est là d'ailleurs un des élé-

ments importants pour le diagnostic de la rubéole : le polymorphisme de l'éruption.

Tantôt celle-ci revêt franchement l'aspect morbilieux, tantôt l'aspect scarlatineux ; le plus souvent elle est mixte et rappelle à la fois les caractères des deux fièvres éruptives.

Dans la grande majorité des cas on observe au niveau de la face et principalement aux lèvres, où on peut les chercher en cas d'éruption très discrète, des macules isolées, à contours curvilignes, arrondies ou elliptiques, ayant la dimension d'une tête d'épingle et de coloration rouge vif ; ces macules sont séparées entre elles par des intervalles de peau saine. D'autre fois, on observe des taches plus grandes, plus claires au centre, toujours séparées par des intervalles de peau saine, sauf en cas de confluence trop grande, mais leur aspect ne rappelle en rien le pointillé fin de la scarlatine, ni l'éruption de la rougeole. Quelquefois, ces macules sont saillantes et prennent un caractère papuleux facilement perceptible au doigt ; cette saillie par l'ensemble des éléments produit la bouffissure du visage. On peut trouver aux bras et surtout aux cuisses des papules d'un plus fort diamètre qui restent à l'état isolé. Souvent les papules des cuisses et des lombes s'entourent d'une collerette blanche d'anémie. Cette disposition qui a été décrite par Gillet puis par Apert et Aviragnet, n'est pas un signe distinctif avec la rougeole où on peut aussi la rencontrer aux mêmes régions. En d'autres points et de préférence aux fesses,

aux membres, à la face dorsale des mains, au devant du thorax on trouve une rougeur érythémateuse diffuse, d'aspect foncé, s'effaçant par la pression du doigt, mais se reproduisant aussitôt, ayant l'aspect d'un piqueté rouge sur fond rose en certains points, jaunâtre en d'autres.

L'apparition de l'érythème s'accompagne souvent d'un prurit assez intense, mais qui n'atteint pas le degré de celui d'urticaire.

L'éruption évolue très rapidement et en 24 heures la généralisation est terminée ; sa durée n'excède pas en moyenne, trois jours. Il est très rare d'observer des poussées successives.

Le faciès dans la rubéole présente souvent un caractère particulier. C'est une rougeur intense qui colore les joues, une teinte cramoisie vraiment remarquable, et ne se retrouvant presque jamais à ce degré dans les autres fièvres éruptives. Cependant ce faciès rouge et vultueux se rencontre parfois dans la scarlatine.

Contrastant avec la netteté de l'exanthème, il faut lui opposer le caractère discret de l'éruption sur les muqueuses ; souvent même l'énanthème est tout à fait absent. A peine note-t-on une rougeur légère des muqueuses naso-pharyngées ou oculaires. Enfin, cet énanthème apparaît en même temps que l'éruption cutanée, quelquefois même lui succède, mais jamais ne la précède. Cette constatation n'est pas sans intérêt pour différencier la rubéole de la rougeole.

Quelquefois l'énanthème peut revêtir un type angineux rappelant le début de la scarlatine. On a beaucoup discuté sur l'existence ou non d'un signe de Koplik. Il apparaît bien, malgré les constatations opposées de certains auteurs, que ce signe est absent dans la rubéole où l'on peut seulement noter une légère stomatite érythémato-pultacée.

Un des signes capitaux et presque pathognomoniques de la rubéole est la présence constante d'une polymicroadénopathie (signe de Theodor). Elle apparaît avant l'éruption (2-8 jours d'après Feer et Stooss). Dans quelques cas, elle subsiste une à six semaines après la disparition de l'exanthème. La tuméfaction ganglionnaire siège de préférence dans les différentes régions du cou ; les ganglions sous-maxillaires sont le plus fréquemment atteints et, après eux, ceux de la région occipitale, parotidienne, les ganglions périauriculaires et la chaîne du sterno-mastoïdien. Certains observateurs ont noté l'engorgement des ganglions de l'aisselle et de l'aîne (Pechère). Le degré de tuméfaction est variable ; tantôt les ganglions forment de petites masses isolées, roulant sous le doigt et leur volume ne dépasse pas celui d'une noisette ; tantôt au contraire, ils deviennent très volumineux, embrassant tout le cou à la façon d'un carreau rendant les mouvements impossibles. Ces adénites occasionnent des douleurs très modérées, mais la pression à leur niveau est très pénible. Leur précocité est d'autant plus difficile à préciser que les enfants sont souvent déjà porteurs de

ganglions. Cette préexistence d'adénopathies rend plus manifeste et plus durable la tuméfaction ganglionnaire provoquée par la rubéole. Les anciens auteurs se sont souvent mépris sur la valeur de ce symptôme qui leur en a imposé pour les oreillons.

Lindberg a observé des cas de rubéole au cours d'une épidémie à Norkoepping (Suède) où l'adénite était le seul symptôme de la maladie. Hamburger et Schey ont noté une adénite généralisée dans quarante-cinq cas au cours d'une épidémie de Vienne en 1909. Glanzmann (de Berne) considère après Bloedorn et Houghthon la rubéole comme une maladie infectieuse primitive du système lymphatique et la range parmi les maladies qu'il appelle lymphoblastoses bénignes (Drüsenfieber de Filatow, Pfeiffer). Il signale aussi l'augmentation de la rate dans la rubéole, comme l'a déjà fait avant lui Hildebrandt.

Les fonctions digestives restent le plus souvent indemnes. Le début de la maladie est quelquefois marqué par une anorexie passagère; mais rarement on trouve de la diarrhée comme on l'observe dans la rougeole. Le pouls accéléré au début revient vite à son type normal. Les urines n'offrent pas de modifications et la présence de l'albumine est le fait d'une complication.

En dehors des symptômes précédents (fièvre, éruption; énanthème, adénopathie), la rubéole ne s'accompagne d'aucun autre trouble caractéristique et l'examen somatique ne décèle, du fait même de cette fièvre éruptive, aucun trouble fonctionnel susceptible d'être noté.

Desquamation. — L'éruption disparaît d'elle-même sans laisser aucune trace dans la majorité des cas ; cependant elle peut laisser à sa suite une pigmentation légère de la peau qui s'efface plus tard. A la suite de l'exanthème il existe une desquamation furfuracée de la peau ; celle-ci se détache en minces écailles épidermiques plus fines et plus minces que dans la rougeole, à tel point que dans bon nombre d'observations elle a pu passer inaperçue. Exceptionnellement, on a pu noter la chute de lambeaux épidermiques rappelant ceux de la scarlatine, mais jamais on n'a noté ce fait au niveau de la main ou de la plante des pieds.

Cette période a une durée très courte ; la moyenne est de deux à trois jours, cependant elle peut se prolonger davantage.

Les *récidives* peuvent survenir après deux à trois semaines et peuvent ainsi augmenter la durée de la maladie ; mais elles sont rarement notées (Mme Nageotte). Quelquefois apparaît un syndrome secondaire bénin (Nobécourt et Ch. Richet fils) du quatrième au treizième jour de la maladie, souvent le sixième jour ; il est caractérisé par de la fièvre, de la laryngite et divers symptômes inconstants.

En ce qui concerne les modifications de la formule hématologique, on observerait une hypoleucocytose légère à la période éruptive. Nous étudierons cette question en détail dans un chapitre spécial.

Formes cliniques. — Il existe à côté de la forme typique décrite de formes discrètes et il doit y avoir, en dépit de la rapidité d'évolution et de la bénignité de la rubéole des formes abortives. Il y a aussi des formes plus intenses, caractérisées par une fièvre plus élevée et plus persistante. Au point de vue de l'exanthème il existe à côté du type mixte régulier le type à prédominance morbilliforme ou scarlatiniforme.

Il y a lieu de mentionner, d'après la littérature étrangère surtout, les faits de rubéole grave qui ont été signalés le plus fréquemment en Angleterre et qui sont caractérisés par une fièvre élevée, de phénomènes de catarrhe intense, de la diarrhée, de l'albuminurie. Carrieu, Lamy et Bouchet citent des cas de rubéole mortelle. Berthuit attribue la mort subite au cours d'un cas de rubéole à une syncope.

Lorsque la rubéole s'est trouvée associée à d'autres maladies aiguës, notamment à d'autres maladies éruptives, l'association n'entraîne ni pour l'une ni pour l'autre de modifications très appréciables. Il en fut ainsi au cours de l'épidémie de la grippe en 1918, il en est ainsi de l'inoculation vaccinale. La vaccine, comme l'a établi Netter qui voit là un élément de diagnostic avec la rougeole, évolue normalement dans la rubéole, où n'existe point, comme dans la rougeole, l'état d'anergie vaccinale.

Il y a aussi des rubéoles atypiques. Finkelstein de Kiew a décrit une épidémie très particulière de rubéole.

Les éléments de l'érythème étaient à bords dentelés ; le cuir chevelu était exempt de l'exanthème de même que les régions périnasale et péri-buccale. L'incubation était la même que dans la rubéole normale. Finkelstein a même émis l'hypothèse d'une septième maladie !

Complications. — Elles sont rares ; néanmoins il importe de ne pas oublier qu'elles se présentent quelquefois. On a signalé l'amygdalite, la suppuration des ganglions, la stomatite, la gastro-entérite, les furoncles, le purpura, la néphrite. Chantemesse a montré qu'on pouvait observer des complications articulaires analogues à celles qui existent dans la scarlatine. Trastour a vu dans l'épidémie de Nantes certaines rubéoles se terminer par un empyème. On a signalé des complications bronchiques, pulmonaires et pleurales et des réactions méningées (R. Benard). On a même rapporté des cas de mort, au cours d'épidémies à l'étranger. Aviragnet et Apert en ont bien relevé 2 cas sur 10 lors de l'épidémie parisienne de 1906, mais l'un des enfants avait été opéré trois jours après la rubéole de pleurotomie pour une pleurésie purulente, l'autre était atteint de broncho-pneumonie et tous deux étaient plus ou moins athrepsiques. Aviragnet et Apert ont vu un abcès rétropharyngien au cours de la rubéole. Revilliod et Long, une polynévrite qui débuta six jours après la rubéole, commençant par les membres inférieurs, avec perte des réflexes, prédominant au niveau des muscles du tronc et accompagnée de diplopie. La guérison complète se fit en deux mois. Benard a observé

des complications nerveuses dans 4.5 % des cas. Apparaissant du sixième au huitième jour, elles peuvent revêtir des types divers : méningites, myélites, névrites, zona ; la réaction du benjoin colloïdal de Guillain, Laroche et Lechelle est toujours négative. On a noté un cas d'ophtalmoplégie externe bilatérale post-rubéolique (Boissière-Lacroix). Pitten a vu la maladie de Werlhof à la suite de la rubéole. Une rubéole peut activer une tuberculose jusqu'alors latente. On a vu des rubéoles se compliquant de méningites. Glanzmann a vu une otite grave avec mastoïdite, une broncho-pneumonie et une fois une appendicite. Florand et Noël Fiessinger ont publié un cas de septicémie bénigne à streptocoque avec endopéricardite. Tout récemment Babonneix et Mlles Riom et Wilm ont présenté à la Société de Pédiatrie, le 19 Avril 1932, un nouveau cas d'encéphalite rubéolique avec hémip légie droite et aphasie survenue chez une fillette de 3 ans.

Pronostic. — La rubéole est absolument bénigne dans sa forme classique et n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'état général. La convalescence est très courte et presque toujours l'enfant atteint ne perd pas un instant sa gaieté et continue à se livrer à ses jeux habituels.

Prophylaxie et traitement. — Il y a lieu d'isoler les malades, mais jamais de licencier les écoles, où sévit la rubéole à l'état épidémique. Les règlements scolaires ne précisent aucune durée d'isolement. La durée de l'évic-

tion de l'école doit être aussi courte que possible ; dix jours au plus suffisent largement pour empêcher toute contagion au retour du malade. La rubéole en France ne fait pas partie des maladies à déclaration obligatoire. Il n'y a pas lieu de conseiller une désinfection des objets de literie et des locaux. Ce procédé serait inutile, car l'agent de contagion est très peu résistant. En ce qui concerne la thérapeutique pendant la période aiguë de la maladie on se bornera à des mesures de propreté notamment des muqueuses bucco-pharyngées et on se contentera de maintenir le malade au lit, en lui donnant une alimentation appropriée aux réactions fébriles qui accompagneront la rubéole.

Diagnostic différentiel

ROUGEOLE

De toutes les maladies à éruption morbilliforme, aucune ne ressemble d'aussi près à la rougeole que la rubéole.

L'incubation de la rougeole est longue, dix jours en moyenne, avec un minimum de huit jours et un maximum de quatorze. On a indiqué deux signes qui permettent de reconnaître la rougeole à la période d'incubation. Mais ils n'ont guère qu'un intérêt théorique, il est en effet bien difficile de les rechercher au moins le second. Le premier est le signe de Meunier : c'est un abaissement notable du poids de l'enfant, une chute de poids prémorbilleuse, qui débute vers le quatrième ou cinquième jour de l'incubation, par conséquent plusieurs jours avant la fièvre de la période d'invasion. La perte de poids est en moyenne chez l'enfant de 60 grammes par jour ; elle tient sans doute à un trouble précoce de la nutrition provoqué par l'infection morbillieuse. Mais on

observerait peut-être le même phénomène si on le recherchait dans l'incubation d'autres maladies infectieuses, ce qui en diminue la valeur diagnostique, comme Meunier le reconnaît lui-même. Le second signe de l'incubation de la rougeole a été signalé par Combe, bien étudié par Renaud, Platenga. En examinant le sang et en comptant les globules blancs des sujets qui vont avoir la rougeole on constate une hyperleucocytose qui commence en même temps que l'incubation, augmente rapidement et atteint son maximum le sixième jour environ avant le début de l'exanthème ; à ce moment le chiffre normal des leucocytes est souvent triplé, l'augmentation portant sur les polynucléaires.

Les symptômes prodromiques de l'éruption dans la rougeole sont en général très nets : fièvre, malaise général, catarrhe oculo-naso-bronchique avec toux et parfois troubles de la voix, le tout précédant l'éruption de quatre jours en moyenne.

Dans la rubéole ces signes ne se retrouvent pas, l'absence ou l'atténuation des phénomènes prémonitoires sont au contraire bien caractéristiques, souvent même il n'y a pas de prodromes, l'exanthème est le premier signe de la maladie. Ordinairement un léger malaise et un crochet thermique caractérisent la période d'invasion. Toutefois dans certains cas, les signes prémonitoires, au lieu de durer moins longtemps que dans la rougeole, durent davantage c'est-à-dire plus de quatre jours. Cette durée anormale peut atteindre huit, dix et même douze ou

quinze jours (Comte). D'autre part l'apyrexie pourrait se voir aussi dans quelques rougeoles très légères.

L'affirmation par le malade d'une rougeole antérieure n'écarte pas l'hypothèse d'une rougeole actuelle soit que la rougeole signalée par le malade ait été une rubéole, soit que l'éruption actuelle soit une récursive. On a prétendu que tandis que les récursives de rubéole étaient fréquentes, celles de la rougeole étaient exceptionnelles. Mais sur 210 cas observés par Ramond et Chambos, les rougeoleux avaient eu une rougeole antérieure dans 13 pour 100 des cas et les rubéoleux dans 15 pour 100. La proportion est donc sensiblement la même.

Au moment où l'éruption de la rougeole commence à apparaître, les signes généraux et la fièvre subissent une recrudescence. Le pouls est rapide, le catarrhe des muqueuses s'accuse, l'appétit est nul, la soif est ardente, le malaise est intense. Dans la rubéole souvent il n'y a aucun malaise, la fièvre est d'intensité moyenne (38°, 38°5). Les conjonctives sont souvent rouges, hyperémies, mais l'œil ne pleure pas ou à peine et il n'y a pas de photophobie comme dans la rougeole. Cette hyperémie conjonctivale doit être distinguée du catarrhe. Le coryza est léger ou nul ; c'est un caractère négatif de la plus haute valeur. Le malade ne tousse pas ou à peine.

L'examen de la bouche apporte un argument important qui plaide en faveur de la rougeole : nous voulons parler du signe de Koplik.

Le signe de Koplik consiste dans la présence de taches blanches sur la muqueuse jugale ; la tache de Koplik comprend une aréole rose ou rouge centrée par un point blanc-bleuâtre saillant. Leur nombre est variable de 1, 2, 3 à plusieurs dizaines ; les éléments sont fixes, adhérents, ils persistent parfois 2-3 jours après le début de l'exanthème.

Le caractère pathogromonique du signe de Koplik est particulièrement précieux quand il s'agit de différencier la rougeole de la rubéole. Voici comment s'explique Koplik : « Beaucoup de cas de rubéole dans une récente série de faits observés ici à New-York, dans ma pratique hospitalière et privée, ont ressemblé de si près à la rougeole que beaucoup de praticiens les étudiant avec moi, en ont d'abord fait de véritables rougeoles. Nous nous sommes donné beaucoup de peine pour étudier tous ces cas et j'ai trouvé que c'étaient de classiques rubéoles. L'exanthème disparaissait en 2 ou 3 jours ne laissant pas de pigmentation ni de desquamation. La fièvre d'abord à 102° (38°9 C), retombait rapidement à la normale. Il n'y avait ni sequelles, ni complications. Il y avait en tout point coïncidence avec les descriptions de Thomes. Dans tous ces cas les taches de rougeole (lisez : de Koplik) étaient invariablement absentes » et l'auteur ajoute : « ... ceci me prouva aussi que la rubéole est une maladie sui generis, distincte de la rougeole. »

Est-ce à dire que l'on soit autorisé, en cas d'hésitation entre rougeole et rubéole, à affirmer cette dernière

en se basant sur le seul fait de l'absence de Koplik ? Non pas. D'abord dans la rougeole, le Koplik peut, exceptionnellement il est vrai, faire défaut. Chez l'adulte il est même rarement constaté. Il est aussi susceptible de disparaître précocement, le lendemain de l'apparition de l'exanthème, par exemple ; et si les symptômes catarrhaux sont légers et la température peu élevée, le malade, s'il est vu pour la première fois, suggère facilement le diagnostic erroné de rubéole.

Quelques auteurs comme Aviragnet, Müller et Widowitz, Netter, Teissier, Weill et Peho ont noté la présence du signe de Koplik dans quelques cas de rubéole. Pour Teissier, la constatation de Koplik au cours de la rubéole ne serait plus douteuse quoique restant exceptionnelle. En pratique, le signe de Koplik est presque pathognomonique de la rougeole, son absence n'y est notée que dans un petit nombre de cas. L'absence du signe de Koplik à elle seule ne suffit pas à trancher le diagnostic entre rougeole et rubéole, mais elle constitue, en faveur de cette dernière, un puissant élément de présomption que la coïncidence de cet autre symptôme très important qu'est l'adénopathie, transforme presque en signe de certitude.

Il faut se méfier de l'association d'une éruption et d'un faux signe de Koplik constitué par des taches jaune-chamois sans relief, inamovibles, généralement plus étendues que les grains de Koplik. Cet état maculeux qui, quand il est très développé, constitue la maladie de Fordyce, réalise, quand ses éléments sont menus, un faux

Koplik qui, outre les particularités précédentes, offre le caractère d'être durable.

Dans la rubéole on décrit trois types éruptifs : le type scarlatiniforme, le type morbilliforme et le type mixte. L'exanthème du type morbillieux est constitué par un ensemble de macules roses dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Ces macules sont arrondies ou ovalaires, très serrées, de teinte et de dimensions égales ; elles se fusionnent souvent presque complètement le second jour en une nappe rose uniforme, sans accident de surface ou de coloration, dont les bords se fondent insensiblement avec la teinte du tégument.

Il est rare que l'éruption dans la rubéole reste purement morbilliforme. Dans la règle, elle comprend des éléments polymorphes. Le plus souvent on observe des éléments maculeux nets à la face et à la partie supérieure du tronc, au contraire aux plis de flexion, au niveau des zones d'extension des membres et des régions normalement comprimées, l'éruption prend l'aspect de larges placards à fond érythémateux, parsemés d'un pointillé rouge foncé du type scarlatiniforme ; mais ici on ne trouve pas la rudesse au toucher du piqueté scarlatineux.

Dans le cours de la même épidémie il est fréquent de voir se succéder les rubéoles sous la même forme éruptive, morbillieuse ou scarlatiniforme ce qui a conduit certains auteurs à décrire ces deux aspects, comme des fièvres éruptives différentes. Et ainsi on aurait à côté

des trois fièvres éruptives classiques, une quatrième maladie distincte de la rubéole. Mais depuis la description de Dukes on a observé que la forme scarlatineuse de la rubéole pouvait être engendrée par la forme morbillieuse et qu'il existait des formes intermédiaires mixtes. La filiation de ces divers aspects cliniques plaide en faveur de l'unité de la maladie.

Si on assiste au début d'une éruption de rougeole dont l'évolution ne soit pas trop précipitée, on voit que ses macules légèrement papuleuses sont d'abord très petites (un millimètre à un millimètre et demi), d'un rouge carmin plus ou moins vif. Semées en nombre variable, ces petites macules dont la coloration tranche fortement sur la peau blanche, forment avec leur voisines des lignes brisées ou courbes, des festons. Elles peuvent, dans les rougeoles abortives, ne pas dépasser ces dimensions, mais le plus souvent elles s'entourent, parfois très rapidement, d'une auréole de teinte moins foncée que le centre. Plusieurs macules se réunissent par leurs bords. A côté de ces macules fusionnées ou sur d'autres points du corps on en trouve à l'état isolé.

Le troisième jour généralement, l'éruption de plus en plus aplatie, est devenue ecchymotique, violacée, puis brunâtre. Dans les éruptions moins accentuées, l'éruption pâlit seulement, s'efface incomplètement, devient cuivrée, café au lait, et disparaît en trois ou quatre jours.

Quand l'éruption est confluyente, elle forme des placards rouges, surtout visibles à la partie médiane du

tronc, en arrière, sur la colonne vertébrale, les omoplates. Ces placards qui peuvent être aussi étendus que ceux de la rubéole et couvrir le dos d'une teinte ininterrompue, sont d'un ton beaucoup plus vif et ne sont pas uniformes comme couleur ni comme relief, les papules primitives se reconnaissant à des saillies plus sombres.

Pour nous résumer, nous opposerons donc aux taches rouge sombre inégales de la rougeole, la teinte rose uniforme de la rubéole et à la courte durée de la rubéole disparaissant en trois jours, la persistance des macules morbilleuses. Le diagnostic reste difficile entre un cas de rubéole à papules discrètes sans réunion en placards et un cas de rougeole abortive dont les papules ne s'entourent pas d'une auréole et disparaissent sans laisser de taches nettes.

L'exanthème de la rubéole est quelquefois prurigineux. Les démangeaisons sont exceptionnelles dans la rougeole.

L'éruption de la rubéole débute volontiers par la face. Mais tandis que dans la rougeole l'exanthème apparaît d'abord au front ou derrière les oreilles, dans la rubéole l'éruption se montre d'emblée en pleine face, aux pommettes, sur le menton, puis l'éruption se généralise rapidement : en 24 heures elle a envahi tout le corps. La rapidité même de l'expansion est un signe important. L'éruption gagne en quelques heures la partie supérieure du thorax, les bras, le dos, le siège, le pour-

tour du bassin. Dans la rougeole l'exanthème met deux à trois jours pour envahir tout le corps.

La polymicroadénopathie est un des caractères les plus particuliers de la rubéole ce qui a fait dire à Desplats : « Si la fièvre et le catarrhe des muqueuses manquent, il est un autre symptôme qui n'a jamais manqué dans les cas que j'ai observés. Je veux parler de l'adénite mastoïdienne. Les ganglions mastoïdiens sont hyperémiés, saillants, douloureux spontanément et à la pression. Dans plusieurs cas j'ai pu constater qu'ils étaient saillants et sensibles même avant l'éruption ».

L'adénopathie signale son existence par une pesanteur ou une gêne un peu douloureuse au niveau des ganglions du cou. Elle survit à l'éruption pendant une semaine environ.

Dans la rougeole il arrive aussi qu'on observe une légère augmentation du volume des ganglions. Parmi les maladies exanthématisées il n'en est guère que trois au cours desquelles on puisse observer une adénopathie susépitrochléenne : la rubéole, la syphilis secondaire et la maladie sérique (Joffrion). Noter aussi la prédilection avec laquelle sont engorgés dans la rubéole les ganglions qui se trouvent derrière le sterno-cléido-mastoïdien ou dans la gaine de ce muscle (Hallé).

Il faut souligner qu'en pratique hospitalière il peut être difficile d'apprécier de façon exacte dans la détermination des adénopathies ce qui revient à la rubéole ou aux conditions antérieures de santé. Avec Teissier, il faut

noter que chez les rubéoleux ou chez les rougeoleux adultes ou enfants :

a) la tuméfaction ganglionnaire se manifeste de façon plus précise et plus durable chez tout sujet porteur l'adénopathies préexistantes ;

b) la tuméfaction est plus modérée quand les ganglions étaient de volume normal préalablement à la rubéole ;

c) chez les enfants elle est plus persistante que chez l'adulte, toutes choses étant égales d'ailleurs ;

d) les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont en général plus volumineux que les ganglions axillaires ou inguinaux ;

e) les adénopathies de la rubéole sont plus habituelles, plus volumineuses que celles de la rougeole.

En résumé, la polyadénopathie est la règle dans la rubéole, surtout chez les enfants dont le système lymphatique réagit plus activement. L'engorgement ganglionnaire qui s'observe également dans la rougeole y est beaucoup moins généralisé.

Stolte indique un nouveau symptôme qui peut servir pour le diagnostic différentiel entre rougeole et rubéole en faveur de cette dernière. Ce sont des sueurs plus ou moins fortes, survenant l'avant-dernière nuit avant l'apparition de l'exanthème. Aucun changement de l'état général le jour suivant. C'est peut-être un symptôme ordinaire qui n'est pas assez connu parce qu'on l'oublie faci-

lement en raison de la bonne santé qui se maintient le jour suivant.

Si au début, le diagnostic était hésitant, l'interrogatoire et l'examen donnant l'impression mais non la certitude qu'il s'agit par exemple de rubéole, l'évolution dissipe en quelques jours toute l'incertitude et les présomptions initiales font place au diagnostic formel de la rubéole.

Dans la rougeole l'ascension thermique qui annonce et accompagne le début de l'éruption, est constante et toujours élevée. Pendant les 24 premières heures la fièvre se maintient aux environs de 39°-40° avec une rémission matinale de un demi à un degré. Elle persiste avec de légères oscillations tant que l'exanthème de la face n'a pas atteint un complet développement. « Tant que l'éruption reste vive et fleurie, la fièvre conserve une grande intensité » (Trousseau), puis assez brusquement se produit une amélioration de l'état général en même temps que la fièvre tombe.

Dans la rubéole la fièvre est moins intense et plus éphémère. Elle monte avec l'éruption et tombe avec elle, au bout de 2 ou 3 jours au plus. Souvent après une seule poussée thermique on a une chute brusque et définitive. Dans les cas très bénins le simple clocher thermique est fréquent, l'apyrexie est possible. Dans les cas plus sérieux, la courbe thermique peut dépasser 38°5 décrivant la classique « courbe en palissade » d'Apert et Aviragnet, surtout observée par ces auteurs chez les enfants débiles.

Suivant Nymann sur 119 cas observés par cet auteur, on avait pu noter

58 fois l'apyrexie

39 fois une élévation thermique à 38°

13 — — — — 38°5

13 — — — — 39°

6 — — — — 39°5

Dans

24 cas la fièvre dura 1 jour

24 — — — 2 jours

11 — — — 3 jours

1 — — — 4 jours

Dans la rougeole l'éruption pâlit à la face dès le deuxième jour tandis que les éléments apparus plus récemment sur les jambes atteignent le maximum de coloration. Il reste sur la peau des taches d'abord rosées puis de teinte cuivrée, brunâtre, peau de chamois. Les téguments sont sillonnés de traînées ou de marbrures brun sale pouvant persister plusieurs jours, un septenaire parfois.

La durée totale de l'exanthème est en moyenne de quatre à six jours. Moins éphémère que l'éruption de la roséole saisonnière ou de la rubéole, celle de la rougeole l'est davantage que l'exanthème de la roséole syphilitique ou de l'érythème toxique.

Dans la rubéole l'éruption disparaît presque aussi rapidement qu'elle est apparue. La durée moyenne de

l'exanthème est de deux ou trois jours. Il ne laisse pas de marbrures ni de traînées brun sale quand il disparaît.

La coloration passe de rose pâle à la teinte ambrée. Il n'y a pas cette pigmentation résiduelle éphémère de la rougeole. Tout au plus la peau garde-t-elle parfois pendant quelques jours au niveau des lombes et des fesses une coloration plus foncée et au niveau de la face une teinte rose vif.

La desquamation dans les premiers jours de la phase post-éruptive est habituellement inappréciable dans la rubéole. Dans la rougeole la desquamation commence au sixième ou septième jour de l'éruption ; elle débute par le cou et la face, puis suit la même marche que l'éruption et dure une à deux semaines. Parfois la desquamation est si discrète qu'elle pourrait passer inaperçue (Comby). La desquamation furfuracée typique est donc peut-être plus exceptionnelle que ne l'écrivent les auteurs classiques ; bien souvent, c'est plutôt par la persistance sur le thorax et sur le ventre de macules grisâtres, pigmentées qui donnent aux téguments un aspect tigré, que l'on peut faire le diagnostic rétrospectif.

Les modifications de la formule sanguine au cours de la rougeole et de la rubéole ont été étudiées par divers auteurs et les divergences d'opinions sont fréquentes surtout en ce qui concerne la formule leucocytaire de la rubéole. Pour Comte et Renaud, Platenga, Gerhard et Schwaer la formule leucocytaire serait à peu près identique dans la rougeole et dans la rubéole. Lesieur

et Jacquet opposent la leucocytose polynucléaire banale de la rougeole à la leucocytose mononucléaire de la rubéole, portant surtout sur les formes moyennes, avec, au début de la convalescence, une légère m^ostzellen-leucocytose. Pour Lagriffoul, dans la rougeole comme dans la rubéole, mais surtout dans la rougeole, l'hypo-leucocytose à la période d'éruption ferait suite à l'hyper-leucocytose des périodes d'incubations et d'invasion. La plasmazellen-lymphocytose de la rubéole est absente dans la rougeole. Donc l'examen hématologique ne permettrait pas de se prononcer formellement.

La diazoréaction d'Ehrlich dans l'urine est positive dans la rougeole, négative dans la rubéole.

L'apparition de complications sérieuses particulièrement broncho-pulmonaires ou otiques plaide en faveur de la rougeole. La rougeole est fertile en accidents de toute sorte tandis que la rubéole en est dans la règle pour ainsi dire dépourvue.

SCARLATINE

La rubéole ressemble encore moins à la scarlatine qu'à la rougeole. Elle s'en distingue dès le début. Dans la scarlatine l'incubation est de quatre à cinq jours (Teissier et L'uvrier), quatre à six jours (Hatinel et Martin). Mais elle peut être plus courte et Trousseau a cité un cas démonstratif dans lequel l'incubation ne fut que de 24 heures ; on a signalé des incubations très prolongées de vingt, trente et même quarante jours ; ces faits

sont très douteux ou plutôt s'expliquent peut-être par la persistance du virus scarlatineux dans un objet, un vêtement et la pénétration du germe dans l'organisme à une date plus tardive que ne le faisait supposer l'enquête étiologique.

L'invasion de la scarlatine est rapide et brutale. Les prodromes durent 12 à 24 heures très exceptionnellement deux jours. Elle est marquée par trois symptômes : la fièvre avec tachycardie, les troubles gastro-intestinaux, l'angine.

La fièvre débute brusquement, s'élève quelquefois jusqu'à 39°5, 40° et même plus ; la peau est brûlante, sèche, le malade est agité, anxieux, peut avoir dès les premières heures du délire. Avec cette fièvre, le pouls devient très rapide, 120 à 140 et au-delà chez les jeunes enfants ; Trousseau a bien montré que cette fréquence du pouls avait une grande importance pour le diagnostic. Fiessinger a signalé des cas de scarlatine peu fébrile, dans lesquels on pouvait noter la tachycardie.

Les signes gastro-intestinaux ne manquent presque jamais ; ce sont des nausées et des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux ; la diarrhée est parfois abondante. Raoul, Tissier accordent une grande valeur diagnostique à ces symptômes ; d'après Raoul, ils existent dans les quatre cinquièmes des cas et beaucoup plus souvent que dans tous les autres cas d'angine où au contraire les troubles digestifs sont rares. Cette affirmation est peut-être un peu exagérée, toute angine à début

Brusque et très fébrile pouvant s'accompagner de vomissements.

L'angine, légère dans la rubéole, est fort accentuée dans la scarlatine. L'énanthème est une rougeur plus ou moins vive, répandue non seulement sur les amygdales, la luette et le voile du palais, mais encore sur la face interne des joues et sur les gencives ; la coloration varie du rose tendre à la rougeur framboisée, écarlate, vineuse ; l'énanthème est en nappe ou en pointillé, il ne donne que peu de symptômes fonctionnels, le malade ne se plaignant guère que d'une sensation de sécheresse de la bouche et de la gorge.

L'éruption scarlatineuse débute par la poitrine et le cou, jamais par la face comme dans la rubéole. Elle s'étend lentement, n'atteint son maximum que le quatrième jour, dans six à sept jours, parfois il est vrai, beaucoup moins. Sa couleur est d'un rouge sombre ou livide dans quelques cas. Elle est formée de tout petits points rouges confluent en plaques larges ou généralisées. L'exanthème de la rubéole affectionne davantage les parties médianes du tronc, les épaules, la face postéro-externe des bras ; elle dépasse rarement les genoux. Au contraire, c'est aux parties latérales du tronc, aux bords de l'aisselle, au pli du coude, aux aines que se renforce si elle est complète ou que se limite l'éruption scarlatineuse. Même légère, elle peut couvrir les jambes. Entre les clavicules et le bord de l'aisselle, au pli du coude, on trouve souvent de petits extravasats sanguins en forme de piqueté ou d'arborescences.

Pendant cette période, l'angine est un symptôme constant, caractéristique. Elle atteint une intensité qui n'est pas du tout comparable à celle de l'angine de la rubéole. Sous l'influence de cette angine, les ganglions sous-maxillaires sont fortement tuméfiés, les autres sont sains. L'adénite scarlatineuse ne ressemble donc pas à celle de la rubéole et ne peut lui être comparée. La langue, d'abord saburrale, se dépouille, prend une coloration rouge de framboise, puis se desquame. Ceci n'a pas lieu dans la rubéole où l'on observe surtout jamais de desquamation de la langue. La température atteint 40° , 41° et persiste du début au troisième et quatrième jour ; le pouls est fort et rapide. Il y a très souvent de l'albumine dans les urines alors que dans la rubéole il n'en existe jamais. Enfin, la desquamation de la scarlatine dont la date d'apparition est très variable, se fait en larges squames ou véritables lamelles et atteint la plante des pieds et la paume des mains aussi bien que le reste du corps ; elle ne peut être prise pour la desquamation furfuracée de la rubéole respectant les régions palmaires et plantaires.

Plusieurs signes ont été décrits qui seraient utiles pour le diagnostic de cas difficiles. C'est d'abord le signe de Filatow, bien étudié en France par Froment ; il consiste en une pâleur péri-buccale, une pâleur des lèvres et du menton faisant contraste avec la rougeur des joues ; la pâleur péri-buccale est un signe de début de l'éruption, mais elle persiste plusieurs jours pendant la période d'état. Pastia a décrit en 1910 le signe du pli du coude ;

c'est un exanthème linéaire, très intense, localisé au niveau des plis de flexion du coude ; sa teinte, d'abord rosée, devient rouge foncé ou lie de vin puis souvent ecchymotique.

Beaucoup plus importante pour le diagnostic est la réaction décrite par Schultz et Charlton. Elle se résume en ceci : le sérum humain normal ainsi que des scarlatineux dont la maladie date de plus de 21 jours, jouissent du pouvoir d'éteindre l'exanthème scarlatineux dans la région où ils sont injectés et restent sans action sur tout autre érythème que le scarlatineux. Seul de tous les sérums humains, le sérum des scarlatineux prélevé à la période de pleine éruption est incapable de provoquer le phénomène d'extinction. Cette extinction consiste dans une disparition totale de l'exanthème sur une surface variant de celle d'une pièce de un franc à celle d'une paume de main, surface dont la peau reprend tous ses caractères normaux et les maintient jusqu'à la disparition de tout l'exanthème. Il semble que la réaction de Schultz- Charlton soit réellement spécifique de la scarlatine à l'exclusion de tout autre érythème.

L'examen du sang dans la rubéole montre une leucopénie avec plasmazellen-lymphocytose qui est absente dans la scarlatine. On y note une hyperleucocytose avec éosinophilie à partir du troisième jour de la maladie.

La diazoréaction dans l'urine est positive dans la scarlatine.

On a vu la scarlatine évoluant en même temps que la rubéole chez le même individu. L'exanthème de la rubéole devient alors plus foncé, rouge brique avec tendance à la confluence.

L'erreur peut difficilement se commettre de confondre une rubéole avec une scarlatine typique. La forme de l'exanthème, sa disposition, la coïncidence d'une fièvre élevée et d'une angine, la réaction de Schultz-Charlton, sont des éléments d'appréciation considérables. Dans les scarlatines légères s'accompagnant d'une fièvre légère, évolution fugace et se terminant par une résolution rapide au bout de deux à trois jours il n'en est plus de même. Si l'on admet même la possibilité d'une scarlatine sans angine l'erreur sera encore plus aisée. Il faudra souvent alors attendre le dépouillement typique de la langue, premier stade de la desquamation scarlatineuse pour affirmer le diagnostic.

MALADIE DE DUKES-FILATOW

Après qu'on eut séparé la rubéole de la rougeole et de la scarlatine il resta une maladie qu'on a appelé rubéole scarlatineuse et qui n'appartenait ni à la rubéole ni à la scarlatine vraie. Un auteur américain, Clément Dukes, a décrit en 1900 une fièvre éruptive qui tout en tenant à la fois à la rubéole et à la scarlatine, se distinguerait toutefois des deux par un ensemble de caractères qui lui assurerait une autonomie clinique incontestable. Voici la description de Dukes dans le *Lancet* :

« Après une période d'incubation dont la durée varie en général de neuf à vingt et un jours, la fourth disease se manifeste le plus souvent par l'éruption. Dans la plupart des cas en effet il n'existe pas de prodromes tels que céphalalgie, vomissements, toux, etc. ; c'est à peine si l'on note un léger mal de gorge. Cependant, dans les formes graves, l'exanthème peut être précédé d'un malaise général assez prononcé qui dure quelques heures et s'accompagne d'anorexie, de somnolence, de frissons, voire même d'une rachialgie plus ou moins violente. L'éruption qui s'étend très rapidement et envahit en quelques heures toute la surface du corps, se présente sous l'aspect d'un pointillé rose pâle à peine surélevé. Elle se propage aussi à la face en respectant toutefois le pourtour de la bouche et le dos du nez. La muqueuse de la gorge est tuméfiée et injectée. La conjonctive est également injectée. La langue est parfois chargée, mais elle ne présente pas la teinte de fraise caractéristique de la scarlatine. Les ganglions lymphatiques, notamment ceux de la nuque, de l'aisselle et de la région inguinale sont hypertrophiés, durs et douloureux, sans que pourtant ces adénopathies soient aussi accentuées que dans la rubéole. L'état général est relativement peu influencé ; le pouls est à peu près normal, et la température qui peut également rester normale, dépasse rarement 39 degrés, alors même que l'éruption est très étendue. La desquamation qui fait rarement défaut et commence au bout de quelques jours, est très variable, furfuracée ou lamel-

leuse et n'offre du reste aucun rapport avec l'intensité de l'exanthème. Elle dure généralement de huit à quinze jours. »

Cette affection avait déjà été décrite par Filatow de Moscou en 1884 sous le nom de rubéole scarlatineuse : « Les symptômes sont identiques avec ceux des formes très atténuées de la scarlatine. C'est la même éruption légèrement prurigineuse, rose pâle, s'étendant à tout le corps, mais non uniformément, en pointillé fin ou marbré. Egalement, elle intéresse surtout le tronc et les joues, le nez, les lèvres et le menton restant cependant indemnes à l'encontre de ce que l'on voit dans la rougeole et dans la rubéole morbilleuse, où ces parties centrales de la face sont toujours couvertes par l'exanthème. C'est la même élévation de température (38° ou $38^{\circ}5$) avec rougeur insinifiante du pharynx.

Dans les cas très légers, l'angine et la fièvre font défaut et l'éruption ne persiste que quelques heures ; mais habituellement elle dure deux ou trois jours. Dans les cas peu nombreux où je me suis cru autorisé à porter le diagnostic de rubéole scarlatineuse, il n'y eut aucune desquamation quoiqu'on ne puisse guère contester la possibilité de son existence. »

Cheynisse, dans un article paru dans la Semaine Médicale du 29 Mars 1905, conclut que la fourth disease de Dukes et la rubeola scarlatinosa de Filatow sont une seule et même maladie. Il propose d'appeler cette maladie : maladie de Dukes-Filatow.

La maladie de Dukes-Filatow est constituée par un érythème qui survenant sans prodromes, envahit en quelques heures tout le corps, y compris la face, où elle ménage pourtant le contour de la bouche et les ailes du nez. L'éruption est formée par un pointillé rose pâle très serré à peine surélevé. La gorge est rouge, tuméfiée mais la langue qui paraît légèrement chargée, n'offre pas l'aspect framboisé caractéristique de la scarlatine. Les conjonctives sont injectées et les ganglions de la nuque, parfois aussi ceux des aines et des aisselles, sont tuméfiés légèrement. L'état général est à peine altéré et la température reste normale ou oscille autour de 38°. Bientôt cette éruption pâlit, disparaît et peu de temps après, une desquamation lui fait place. L'enfant est peu éprouvé, un séjour au lit de trois à quatre jours est seul nécessaire ; la convalescence est rapide. La bénignité va en diminuant avec l'âge du malade.

On voit donc combien est grande la ressemblance de cette maladie avec la rubéole. Les signes distinctifs sont de si peu d'importance que beaucoup d'auteurs ne sont point encore convaincus que la première ne soit pas une forme un peu spéciale de la seconde. Ainsi Comby croit que la maladie de Dukes-Filatow n'existe pas comme entité morbide, mais qu'elle représente seulement une forme de la rubéole qu'on peut appeler rubéole scarlatineuse ou scarlatiniforme. Defoug est du même avis. Le diagnostic doit s'établir moins par l'objectivité des manifestations éruptives que par la filiation des cas.

Plus récemment quelques auteurs (Friend, Stern) ont divisé la maladie de Dukes-Filatow en parascarlatine A (fourth disease de Dukes) et parascarlatine B (rubeola scarlatinosa de Filatow). Il reste à voir s'il s'agit dans leur cas vraiment d'une scarlatine (Friend ne décrit exactement qu'un seul cas d'angine avec exanthème) ou d'un exanthème scarlatiniforme survenu chez des enfants sensibilisés au point de vue de leurs vasomoteurs. L'argument de Stern que le phénomène d'extinction était négatif dans son cas ne peut pas faire admettre la « quatrième maladie ».

D'après Rietschel les cas qu'on a décrit sous le nom de quatrième maladie, sont la plupart du temps des scarlatines légères, peut-être aussi d'autres exanthèmes (le plus souvent des rubéoles). En tous cas, on ne paraît pas autorisé à décrire une maladie infectieuse exanthématique comme une « quatrième maladie ». S'il n'existe pas une « quatrième maladie » il n'existe pas non plus une « cinquième maladie » ni une « sixième maladie » ; il y a seulement un érythème infectieux et un érythème subit. Les noms : quatrième, cinquième, sixième maladie doivent alors disparaître de la littérature.

Donc l'existence d'une « quatrième maladie » autonome n'est pas du tout confirmée. On ne pourrait se prononcer définitivement, qui si on observait une épidémie chez des enfants ayant déjà eu la scarlatine et la rubéole. S'agit-il d'une forme fruste et bénigne de scarlatine ? S'agit-il d'une rubéole anormale qui simule

l'éruption de la scarlatine ou s'agit-il d'une maladie autonome ? Dans l'ignorance où nous sommes touchant les agents pathogènes spécifiques des fièvres éruptives, il est difficile de se prononcer.

MÉGALÉRYTHÈME EPIDÉMIQUE (érythème infectieux)

La très grande majorité des auteurs est aujourd'hui d'accord pour affirmer que le mégalérythème infectieux est une maladie autonome.

Le mégalérythème épidémique débute par la face, notamment par les joues dont la peau devient rouge, chaude et turgescence. Son éruption n'est pas composée par un pointillé mais par une macule étendue comme son nom l'indique, s'atténuant vers les oreilles où elle se termine par une ligne festonnée ou dentelée et vers les sillons naso-labiaux qu'elle ne dépasse point. Cette forme n'est pas constante : sa large coloration se présente aussi sous formes de grosses taches variant du rôle pâle au rouge violacé. Ces taches se décolorent progressivement du centre vers la périphérie de façon qu'au bout de 24 à 48 heures elles s'effacent. Ayant abandonné la figure elles gagnent les membres dont elles occupent surtout les extrémités et épargnent le tronc dans la majorité des cas. L'éruption à larges plaques s'accompagne de peu de symptômes généraux, il n'y a pas de congestion des conjonctives, pas de coryza, pas de toux, les ganglions ne sont pas tuméfiés. La durée de l'affection est de six à dix jours.

Dans cette maladie, les caractères sont donc bien différents de ceux de la rubéole et pour cette affection le diagnostic ne doit pas, en théorie, offrir de difficulté. L'éruption n'a véritablement pas le caractère morbillieux, elle se fait progressivement, le tronc restant presque toujours indemne ; les ganglions ne sont pas engorgés ni douloureux ; l'hyperthermie fait défaut.

La rubéole a comme points communs avec le mégalérythème sa bénignité et la rareté et le peu d'importance des phénomènes généraux. Les cas nets, typiques de mégatérythème qui constituent le gros des observations publiées sur le sujet, sont facilement séparables de la rubéole. Celle-ci débute, précédée par de légers prodromes ou sans eux, par une éruption apparaissant sur le front, joues, nez et menton, contrairement au mégalérythème dont la rougeur diffuse de la face épargne le triangle circumoral. Les éléments de la rubéole sont légèrement arrondis ou ovales, de dimensions variant entre celle d'un grain de mil à celle d'une lentille, rarement davantage, laissant entre eux des intervalles de peau saine. L'éruption s'étend rapidement dans l'espace d'une demi-journée ou un jour à tout le corps notamment au tronc où elle apparaît précocement et nettement ce qui n'est presque jamais le cas dans la mégalérythème. Les éléments de la rubéole ne durent que 24 heures (Rietschel) ; la durée totale de l'éruption est de deux à trois jours donc différente de celle du mégalérythème qui dépasse une semaine.

Un signe de la plus haute importance pour le diagnostic est la quasi-constance de la polyadénopathie dans la rubéole. On y constate couramment une tuméfaction plus ou moins accentuée des ganglions cervicaux, sous-maxillaires, susépitrochléens, inguinaux et surtout des ganglions sousoccipitaux et mastoïdiens. Leur atteinte n'est jamais constatée dans le mégalérythème à moins qu'elle ait été antérieure. Ce gonflement ganglionnaire peut précéder de quelques jours l'apparition de l'éruption qu'il peut d'autre part survivre pendant quelques semaines. Dans le cas d'adénopathie préexistante une augmentation de celle-ci du fait de la rubéole peut être perçue. Rien de semblable n'a été constaté dans la « cinquième maladie ». On observe souvent au cours de la rubéole une augmentation de volume de la rate, contrairement à des cas très rares observés dans le mégalérythème.

On pourrait hésiter sur le diagnostic dans les cas rares de mégalérythème abortif ou fruste s'arrêtant au stade maculeux. D'autre part la peau entre les efflorescences de la rubéole peut devenir uniformément hyperémiée et un aspect scarlatiniforme peut en résulter. Le diagnostic avec la forme confluente du mégalérythème peut alors se poser. Dans ces cas, le début, la marche, les localisations, la durée de l'affection, les adénopathies et l'examen du sang pourrons nous aider à faire le diagnostic.

Selon Feer, le cadre hématologique est semblable à celui de l'éosinophilie anaphylactique. Pendant les pre-

miers jours on peut remarquer une légère lymphocytose avec diminution des polynucléaires ; on a généralement une forte éosinophilie (8-10 %, Weeber) et les globules blancs varient mais on a toujours de la lymphocytose en comparaison avec la scarlatine où il y a aussi éosinophilie. Taccone et Bocchini ont observé que les modifications hématologiques ne sont pas constantes et que l'éosinophilie existe seulement dans un certain nombre de cas ; les autres éléments de la formule hématique ne présentent rien de remarquable.

EXANTHÈME SUBIT

DE ZAHORSKY-HEMPELMANN-VEEDER

(*exanthema criticum postfebrile, roseola infantum, fièvre de trois jours, exanthème critique de Glanzmann*)

Cette maladie fut signalée d'abord dans l'Amérique du Nord et décrite par Zahorsky (1923) et ensuite par d'autres (Hempelmann et Veeder de Saint-Louis). Elle s'est maintenant répandue dans quelques régions de l'Europe, en Hongrie (Bokay 1923), en Suisse (Glanzmann 1924), en France (Mouzon 1925), en Italie (Gismondi 1925). Elle a été aussi signalée au Japon (Kaichiro Ikeda 1925) et en Russie (Braunstein 1928). Elle atteint presque exclusivement les enfants au-dessous de deux ans. La maladie se manifeste sporadiquement en petites épidémies. Greenthal cite le cas de deux frères et Glanzmann deux cas successifs dans la même famille. Le plus

fréquemment frappés sont les enfants entre 6 mois et 2 ans. La maladie commence brusquement, la fièvre monte rapidement même jusqu'à 40°. Elle s'accompagne de méningisme et d'un abattement général. Après trois jours de fièvre se terminant par une chute brusque, un exanthème morbilliforme apparaît.

Il commence par le tronc et se généralisant, il est presque toujours vif et confluent en certaines régions : ventre, dos, racine des membres. A la tête il prédomine au cuir chevelu, aux narines et au front. Il est constitué par de petites taches un peu élevées, de couleur rose pâle rappelant celle de la rubéole. Les taches disparaissent en deux jours sans desquamation. Dans le cas où les éléments d'éruption ont tendance à la confluence, ils forment des groupes à bords irréguliers, laissant des intervalles de peau saine à contours aigus de façon que l'exanthème ressemble à celui de la rougeole. On rencontre cependant aussi des formes scarlatineuses, même urticariennes. Donc l'exanthème n'est pas caractéristique. Les taches disparaissent à la pression ; dans quelques endroits les taches peuvent prendre un caractère légèrement papuleux.

Il est à remarquer que très souvent la fièvre s'accompagne de phénomènes catarrhaux qui donnent l'image clinique d'une légère grippe. Avec la crise fébrile et l'apparition de l'exanthème, tout symptôme grave cesse et l'enfant revient à la santé.

La formule leucocytaire est très typique. On trouve toujours pendant la période fébrile une légère hyper-

leucocytose qui, après l'apparition de l'exanthème est remplacée par une leucopénie intense portant sur les polynucléaires, dont le taux atteint 2 %, avec lymphocytose (de 80-90 %). Les éosinophiles sont rares. On trouve des plasmazellen mais moins que dans la rubéole. La formule leucocytaire redevient normale le septième au neuvième jour.

Tous les auteurs sont d'accord sur la faible contagiosité qui s'explique peut-être par le fait que ce sont surtout les enfants au-dessous de deux ans qui sont sujets à la maladie. L'incubation est de sept jours (Glanzmann), d'après Faber elle n'est que de 3-4 jours. Glanzmann n'a jamais remarqué de récidives. Westcott a décrit cette affection sous le nom de pseudo-rubella. Quant au « morbilloid » de Pospischill décrit les nourrissons, Glanzmann l'identifie avec l'exanthema subitum. Il considère cette affection comme une maladie autonome. D'après Willi (Zurich) et Rietschel l'exanthema subitum est une grippe accompagnée d'exanthème. On trouve la même formule leucocytaire caractéristique, hyperleucocytose au début remplacée plus tard par une leucopénie, dans la grippe. Dans la plupart des cas il fut possible d'établir une relation avec l'état de grippe chez une ou plusieurs personnes de la maison.

S'il en est ainsi, la nouvelle maladie perdrait son caractère d'entité morbide et nous aurions affaire à une forme clinique de grippe sévissant plus fréquemment chez les enfants du premier âge. On pourrait soulever la

question des rapports de la nouvelle fièvre éruptive avec la dengue qui d'ailleurs attaque surtout les adultes et les enfants déjà grands (Recalde Cuestas). La question est loin d'être élucidée. Gismondi a proposé d'appeler cette forme morbide « sixième maladie ».

La différenciation avec la rougeole n'est pas très difficile. Le bon état général du stade d'exanthème, l'absence de taches de Köplik et d'autres phénomènes catarrhaux et la courbe fébrile caractéristique sont des éléments de différenciation.

Elle ressemble à la rubéole par sa bénignité mais en diffère par le caractère de son érythème à taches plus grandes, la leucopénie et l'absence de contagiosité.

On distinguera l'exanthème subit du mégalérythème infectieux grâce à son exanthème à caractère nettement maculaire, sans tendance à la confluence très marquée, avec prédilection pour le tronc et les faces d'extension des membres et grâce à la brusque ascension de la température.

SUETTE MILIAIRE

La suette miliaire qui présente de si grandes analogies avec la rougeole peut quelquefois être matière à hésitation lorsqu'il s'agit de rubéole.

Cependant le début par des sueurs profuses et des accidents nerveux (sensation d'étouffement; barre épigastrique, palpitations) est bien spécial de la suette : après trois ou quatre jours apparaît une éruption qui

couvre tout le corps ; elle peut prendre trois aspects : morbilliforme, scarlatiniforme ou purpurique, mais qui toujours s'accompagne de miliaire, l'élément du miliaire étant constitué par une petite élévation de la peau qui forme un relief appréciable au toucher. La suette s'accompagne d'augmentation de la rate. Dans sa forme commune la suette se distingue donc nettement de la rougeole mais on a décrit une forme rubéolique de la suette qui s'observe chez des enfants et qui débute par du catarrhe oculo-nasal ; on se basera, pour faire le diagnostic de la suette, sur l'abondance des sueurs, sur le polymorphisme de l'exanthème et sur l'éruption miliaire.

En 1926-27, une maladie éruptive épidémique caractéristique a régné à Bucarest. Elle a été décrite par Danielu et ses collaborateurs et surtout par Stroé comme une nouvelle maladie contagieuse ; elle ressemble beaucoup à la suette miliaire. Cette maladie s'accompagne de fièvre, de prostration, de catarrhe oculo-nasal et de sueurs profuses. L'exanthème scarlatiniforme présente presque toujours de fines vésicules et est suivi de desquamation. On note de complications respiratoires et nerveuses. Stroé a vu 6 cas mortels. Malgré la ressemblance Stroé n'est pas partisan de l'identité de cette épidémie avec la suette miliaire car ce sont surtout des enfants qui ont été frappés par cette maladie ; mais on a décrit la même affection chez les adultes. D'autres arguments de Stroé (tels que celui-ci : la suette miliaire se rencontre surtout en été et à la campagne) ne peuvent pas être pris en considération.

ROSÉOLE SAISONNIÈRE (dite essentielle)

C'est F. Hoffmann qui, le premier en 1740, fit de cette affection une maladie différente des autres fièvres éruptives. Presque tous les auteurs qui se sont occupé des éruptions de l'enfance admettent sa spécificité. Depuis Frank, Vogel et Trousseau, l'autonomie a été accordée à ces exanthèmes « d'origine intestinale ou d'origine infectieuse » (Hutinel), reliés parfois à la constitution rhumatismale et aux conditions atmosphériques qui à la saison chaude surtout, peuvent apparaître avec un mouvement fébrile, se manifestant chez tous les sujets sans distinction d'âge et de sexe, quoique plus fréquemment chez la femme et l'enfant. De nos jours, la roséole paraît un peu oubliée. Elle s'observe cependant sous forme d'épidémie tantôt circonscrite à un établissement, à une maison, à une ville entière. On en a distingué une forme estivale et automnale.

Pourrait-on confondre la rubéole avec la roséole saisonnière ? Nous ne le croyons pas. La longueur de son incubation, le polymorphisme de l'éruption ou bien, suivant les cas, son aspect morbillieux ou scarlatineux pourront tout d'abord distinguer la rubéole de la roséole. L'éruption roséolique apparaît après un ou deux jours de fièvre et de troubles généraux légers, sans phénomènes de catarrhe. Elle est caractérisée par de larges taches arrondies ou ovalaires, distinctes les unes des autres, ne présentant aucun soulèvement, nettement séparées par des intervalles de peau saine, disparaissant à la pression.

pour se reproduire dès que celle-ci cesse, très fugaces, disparaissant au bout de un ou deux jours sans laisser de traces, sans desquamation apparente, pour reparaître ensuite par poussées successives pendant une ou deux semaines. L'éruption est d'emblée totale. L'exanthème disparu, tout est fini sans complications, sans convalescence ; toutefois, une première atteinte ne crée pas d'immunité, mais au contraire une prédisposition.

Dans les cas difficiles, la présence de catarrhe oculaire et nasal, d'angine et d'adénites multiples, la nature contagieuse différencieront bien la rubéole de la roséole.

ROSÉOLE SYPHILITIQUE

Les adénopathies très multiples à localisations spéciales coïncidant avec une éruption plus ou moins particulière ont fait prendre la rubéole pour une roséole syphilitique. Les commémoratifs, la teinte rosée d'abord, puis bleuâtre, puis cuivrée caractéristique des taches, leur début par la poitrine, le ventre et les cuisses, leur longue persistance, enfin une série d'autres symptômes feront facilement reconnaître la syphilis. Le malade présente des traces de chancre ; les ganglions inguinaux forment une pléiade engorgée, les lèvres, les organes génitaux présentent des plaques muqueuses. La syphilis peut, à l'égal de la rubéole, toucher les ganglions mastoïdiens et sousoccipitaux, mais il y aura absence de phénomènes catarrhaux. En outre, dans la roséole syphilitique, l'érup-

tion se fait par poussées successives, elle est beaucoup plus lente à s'établir et surtout subsiste beaucoup plus longtemps que celle de la rubéole (8-15 jours en moyenne). D'ailleurs, la roséole syphilitique est exceptionnelle chez les enfants à l'âge habituel de la rubéole.

ERUPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Les commémoratifs permettront de distinguer assez facilement les éruptions médicamenteuses de celles de la rubéole. Nous signalerons parmi elles les éruptions dues aux préparations iodées et balsamiques, comme le copahu et le santal, qui s'accompagnent souvent de fièvre, de catarrhe oculaire et nasal. On fera aisément le diagnostic par la suppression immédiate du médicament ; la disparition concomitante ou la persistance de la roséole permettront de dire si l'éruption est de nature médicamenteuse ou infectieuse. L'éruption se présente sous forme de larges placards ou affecte des formes circinées, polycycliques, s'accompagnant de démangeaisons. Elle présente souvent un aspect assez analogue à celui de l'urticaire.

L'antipyrine donne un érythème en larges placards prédominant à la face, aux membres, aux pieds et aux mains ; c'est en somme une sorte d'urticaire.

Le chloral produit quelquefois une éruption plus morbilliforme. Elle se présente sous forme de petites taches rosées, arrondies, parfois cohérentes, elle est le

plus souvent généralisée mais elle respecte la face. Elle est particulièrement éphémère.

D'autres éruptions sont provoquées par le calomel, l'atropine, l'aspirine, le pyramidon, la quinine, l'atophan, l'iodoforme, la santonine.

Le sérum thérapeutique donne souvent dans les premiers jours ou plus tardivement (7-14 jours après l'injection), une éruption morbiliforme s'accompagnant de fièvre. L'exanthème débute par la région où a eu lieu l'injection. Il s'accompagne d'une adénopathie régionale. L'éruption rappellerait peut-être la rougeole ou la rubéole si l'anamnèse n'était, dans ce cas, si précise que jointe à l'absence de catarrhe, de période prodromique, d'influence contagieuse, elle ne suffirait à éclairer le diagnostic et à lever les doutes.

ERUPTIONS DIGESTIVES

Là le diagnostic est souvent difficile. Le médecin ne trouve que peu de température. Les parents, sur les interrogations, attribuent presque toujours l'éruption à une ingestion de poissons, de charcuterie. Ce n'est souvent que par les cas de contagion ultérieure que l'on peut faire le diagnostic.

L'aspect de ces éruptions est assez variable, mais on devra les éliminer, en s'appuyant sur l'état des voies digestives, vomissements, diarrhée, sur la fièvre qui survit à l'apparition de l'exanthème, sur l'absence d'angine et de phénomènes de catarrhe.

URTICAIRE

L'urticaire peut se présenter chez l'enfant sous une forme maculeuse plus ou moins généralisée. Si cette forme était plus fréquente, elle constituerait sans doute un embarras d'autant plus grand que l'urticaire chez l'enfant n'est pas toujours prurigineux. Il est à remarquer cependant que dans ce cas l'éruption est d'emblée totale, qu'elle n'a pas la forme ponctuée de l'éruption rubéolique, qu'elle est plutôt marbrée, qu'elle a une couleur plus foncée, qu'elle survient en dehors de tout état épidémique, qu'elle est fugace, qu'elle survient chez des enfants sujets à cette manifestation. Ces enfants ont une idiosyncrasie pour certains aliments ou médicament. L'érythème est très souvent en relation avec un embarras gastrique. La pression sur la peau qui fait saillir en blanc la papule urticarienne, n'amène pas le même résultat dans la rubéole. La présence du prurit et du dermatographisme pourront aider au diagnostic.

ACRODYNIE (Maladie de Feer).

L'érythème de la maladie de Feer peut revêtir différentes formes. Il apparaît le plus souvent sous forme de papules de grandeur variable allant jusqu'à celle d'une lentille ou d'une pièce de un franc. Celles-ci disparaissent à la pression. On confond parfois cet érythème avec celui de la rubéole ou de la rougeole ; il disparaît souvent brusquement comme il est apparu. Les petites

papules rouges de volume d'une tête d'épingle font quelquefois penser à la scarlatine ; elles se présentent plus tard sous forme de petites vésicules blanches qui crèvent ou bien se transforment en petits abcès. Le siège de préférence de ces vésicules est la face latérale des doigts et le bord interne des pieds. La desquamation des mains et des pieds augmente encore la confusion avec la scarlatine, cependant l'absence de température, d'autres troubles viscéraux, la localisation de l'érythème et sa persistance feront éliminer la notion d'une maladie infectieuse.

ERYTHÈMES INFECTIEUX SECONDAIRES

ils se montrent au cours ou dans la convalescence de maladies générales (fièvre typhoïde, grippe, rhumatisme, diphtérie, septicémie à streptocoque ou à staphylocoque, etc.), d'infections pharyngées, gastro-intestinales ou pulmonaires ; ils sont quelquefois morbilliformes, scarlatiniformes, mais plus habituellement ils sont polymorphes. Ils siègent surtout au niveau des articulations, aux coudes, aux genoux et restent localisés aux membres ; ils s'accompagnent souvent de douleurs articulaires. Leur apparition au cours d'une maladie antérieure, l'absence de période d'invasion et par conséquent de catarrhe oculo-nasal et d'énanthème permettent de les différencier assez facilement de la rougeole.

ERYTHÈME DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Les manifestations cutanées de la méningite cérébro-spinale consistent en une poussée d'herpes ou en une éruption purpurique à la face interne des cuisses ou au pourtour des grosses articulations. On constate aussi des érythèmes fugaces variés : scarlatiniforme, morbilliforme ou polymorphe. Le rash scarlatiniforme est parmi eux le plus fréquent ; il est limité à l'abdomen ou aux plis de flexion.

EXANTHÈME DE LA GRIPPE

Certaines gripes s'accompagnent d'un exanthème qui fait penser le plus souvent à une scarlatine. Elles débutent par des frissons, une fièvre élevée, une angine, des vomissements. La gorge et les amygdales sont rouges ; quelques heures après, une éruption rouge couvre tout le corps et la face. Sa durée est de 24-48 heures. On ne trouve pas d'albumine dans l'urine ; il n'y a pas de desquamation. Le phénomène de Schultz-Charlton et la réaction de Dick aident au diagnostic.

D'autres fois on peut penser à une rougeole quand les phénomènes catarrhaux des voies respiratoires supérieures sont suivis d'un érythème généralisé et même quelquefois de taches de Koplik. L'érythème disparaît après un ou deux jours. Dans la rougeole, où l'érythème est très prononcé à la face, l'examen du sang montre une leucopénie polynucléaire.

ERYTHÈME SCARLATINIFORME (rash scarlatiniforme)

On voit au cours de différentes maladies, surtout d'angines légères et gripes, au tronc et le plus souvent à la face antérieure du thorax un exanthème rouge à petites taches qu'il est difficile de différencier de la scarlatine. Le plus souvent il est fugace, ne se propage pas et ne desquame pas. Malgré que ça ne soit pas là un argument contre sa nature scarlatineuse, il est très probable que cet exanthème est de nature toxique et survient chez des enfants dont le système vasomoteur est très sensible. Ici appartiennent probablement les cas de parascarlatine de Friend et Stern.

À ces érythèmes appartient aussi l'exanthème prodromique dans la varicelle et la variole, désigné par des auteurs anglais sous le nom de rash. Il se propage surtout au tronc, moins aux extrémités. Dans la variole il est roséoliforme ou pétéchial ; la première forme disparaît déjà après 12 à 48 heures, la seconde dure plus longtemps. Il s'accompagne de rachialgie intense et de vomissements et ne fait que précéder l'apparition des pustules. On rencontre des épidémies de varicelle où le rash est très fréquent. En général on le trouve rarement : Knöpfelmacher l'a vu dans 1 % des cas. Mettenheim dans 2,5 % ; cependant Rolleston indique le chiffre de 15 %, Arckenau 19 %. Le plus souvent le rash imite la scarlatine. La peau est couverte de taches roses diffuses à follicules saillants. La pression sur l'exanthème fait disparaître la rougeur. Le phénomène de Schultz-Charlton per-

met de nous prononcer si nous avons à faire à une scarlatine.

Plus rarement le rash est rubéoliforme, purpuriforme, urticarien ou polymorphe.

On suppose que le rash est de nature toxique ou septique. Il se développe le plus souvent chez un individu dont la peau a été affaiblie par une infection précédente (scarlatine par exemple). On admet une paralysie des capillaires.

Le rash a une prédilection pour le tronc, cependant il peut apparaître sur tout le corps. Le plus souvent il n'y a pas de prurit ni de desquamation. Quelquefois le rash s'accompagne de fièvre, frissons, angine, difficulté de déglutition. Le rash disparaît après un ou deux jours. Si sa durée se prolonge (cinq à six jours), il faut soupçonner une vraie scarlatine.

On pourrait confondre le rash avec la forme scarlatineuse de la rubéole ; mais l'éruption de cette dernière maladie n'a pas de prédilection pour le tronc, elle a plutôt le caractère d'exanthème que d'érythème, il y a absence d'angine.

On voit un rash à caractère semblable dans d'autres maladies comme le tétanos, la poliomyélite, les oreillons, etc.

ERYTHÈME RÉCIDIVANT SCARLATINIFORME

Cette maladie est caractéristique par le fait qu'elle n'apparaît que chez un certain nombre d'individus, mais

que ceux-là sont souvent sujets à cette affection. Ses causes occasionnelles sont des infections alimentaires, des indigestions à la suite d'absorption de médicaments, d'autres maladies infectieuses. L'exanthème s'accompagne de fièvre ; la desquamation commence, à l'inverse de la scarlatine, avant que l'exanthème soit pâli et dure des semaines. Les récidives se répétant après des intervalles irréguliers sont typiques. On note une éosinophilie.

Il est probable que nous avons à faire à une dermatose qui constitue un vrai érythème anaphylactique chez un individu sensibilisé contre certains corps (médicaments, albumines).

ERYTHÈME ANNULAIRE RHUMATISMAL

Lehndorff et Leiner ont décrit un érythème singulier qui est pathognomonique de l'endocardite puisqu'ils ne l'ont rencontré que dans cette maladie. Il s'agit d'anneaux ou de taches larges de 1-3 millimètres de couleur rose pâle ou bleuâtre. La première et souvent la seule localisation est le tronc surtout la partie inférieure du thorax et l'abdomen. Il est tellement fin qu'il peut passer inaperçu. Il a toujours une forme maculeuse et guérit sans laisser de traces. Cet érythème survient seulement au cours de l'endocardite rhumatismale, jamais dans l'endocardite lente ou ulcéreuse.

SYNDROME DE SAWIL

En 1892 un médecin américain, Sawil, a décrit 63 cas d'une dermatite exfoliatrice épidémique. Sa cause est restée inconnue. L'exanthème ressemblait beaucoup à celui de la scarlatine, il s'accompagnait souvent de vésicules. Après sept à huit semaines une desquamation plus ou moins forte suivait l'exanthème. On a noté des cas de mort. Plusieurs fois Sawil a remarqué des récidives.

PITYRIASIS ROSÉ

Le pityriasis rosé peut être confondu avec la rubéole; il est apyrétique, les symptômes généraux manquent. L'éruption se compose de deux sortes d'éléments. Les uns sont de taches rosées, irrégulièrement arrondies, lenticulaires dont les bords ne sont pas nets; elles peuvent confluer en plaques. Les autres, plus caractéristiques, appelés médaillons, sont plus grands, roses et squameux sur les bords, sont un peu surélevés et ont un centre à reflet jaunâtre.

Le pityriasis rosé peut occuper le tronc, le cou et les membres, mais il épargne le plus souvent la face au-dessus du menton, les mains, les jambes et les pieds.

L'évolution de cette affection et un de ses traits les plus caractéristiques. L'éruption est annoncée par une plaque primitive, occupant n'importe quel point du corps. Quelques jours après ou bien d'emblée, les taches rosées et médaillons apparaissent par poussées d'abord sur le haut du thorax, au cou, ensuite sur le flanc et l'abdo-

men, enfin sur les membres. L'éruption se fait donc par poussées, progressivement et d'une façon descendante. La durée est de quatre à six semaines. La desquamation est constante.

ÉRYTHÈME NOUEUX

Il apparaît en général seulement chez les individus dont la réaction à la tuberculine est positive.

L'érythème noueux est localisé aux membres, surtout aux membres inférieurs ; ses éléments bien circonscrits et en petit nombre, leur forme, leur couleur, leur évolution rendent facile le diagnostic différentiel.

Ce sont des infiltrations plus ou moins douloureuses d'un volume allant de celui d'une pièce de 50 centimes à celui de 2 francs, de couleur rougeâtre au début puis violette et brunâtre. Leur siège de prédilection est la face d'extension des cuisses, moins la face d'extension des bras et des avant-bras. Plus rarement apparaît sur les autres parties du corps et aussi à la face, un exanthème urticarien. L'exanthème est précédé par une fièvre durant de quelques jours à trois semaines ; elle est élevée (39° et plus). L'érythème peut ne durer que quelques jours ou récidiver après des semaines, des mois.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

L'érythème polymorphe débute par des macules rouges pâle de la grandeur d'une lentille, plus ou moins saillantes qui s'accroissent et deviennent rapidement des papules dont le centre s'aplatit et devient cyanotique

tandis que le bord reste rouge, de façon à former des cocardes et des cercles qui aboutissent par confluence et contiguïté à la formation de figures circonscrites. Ça et là on trouve des soulèvements vésiculeux et bulleux qui justifient l'épithète polymorphe appliqué à cette espèce dermatologique. Les taches peuvent aussi être blanchâtres à leur milieu, sembler bulleuses ou le devenir en quelques cas ; ou bien encore le centre devient purpurique.

L'érythème polymorphe débute presque toujours sur le dos des mains et des pieds d'où il peut s'étendre à la face d'extension des avant-bras et des jambes, plus rarement aux faces latérales du cou, à la poitrine et exceptionnellerait au front, aux joues et aux lèvres. Les macules de la rubéole sont de couleur rose pâle, petites (morbilliformes) ou grandes (scarlatiniformes), elles sont rarement hémorrhagiques et rarement confluentes. Elles débutent à la face et s'étendent très vite au tronc et tout le reste du corps. L'évolution a lieu dans un temps très court, de quelques heures jusqu'à un jour. Les éléments de l'érythème polymorphe deviennent rapidement des papules nettement surélevées, fermes, infiltrées, contrairement à la rubéole où les macules ne sont pas surélevées et persistent sous cette forme. La tendance à la confluence fait défaut dans la rubéole.

L'éruption érythémato-papuleuse n'est qu'une forme de début de l'érythème polymorphe dont le caractère essentiel est la tendance au processus exsudatif. La formation de bulles ou de vésicules peut se faire à tout moment

de son évolution. Il serait d'ailleurs possible, même au stade érythémato-papuleux, de mettre en évidence ce caractère exsudatif par la vitropression de la papule qui fait voir une tache vitreuse gris-jaune enchassée dans la peau. Rien de semblable dans la rubéole.

L'érythème polymorphe atteint assez souvent les muqueuses des joues, des lèvres et du palais en y produisant des vésicules ou bulles qui aboutissent à des érosions et même aux ulcérations. L'énanthème à petites taches de la rubéole ne ressemble pas à ces formations de l'érythème polymorphe. Ce dernier laisse à sa suite une légère desquamation. Elle est très réduite dans la rubéole et poussièreuse. De même une pigmentation qui suit toujours l'érythème polymorphe est exceptionnelle dans la rubéole. La fièvre, de douleurs rhumatoïdes, le prurit et la sensation de cuisson se verraient dans les formes généralisées de l'érythème polymorphe contrairement à la rubéole qui ne s'accompagne pas de ces symptômes sauf la fièvre. On a signalé un état de fatigue et de dépression qui succède souvent même aux formes les plus bénignes de l'érythème polymorphe, constatation qui contraste avec l'euphorie habituelle de la rubéole. L'âge frappé avec prédilection est différent dans les deux infections : les petits enfants dans la rubéole, les adultes dans l'érythème polymorphe. L'immunité probable conférée par une atteinte de rubéole s'oppose à la prédisposition aux récurrences fréquemment notée dans l'érythème polymorphe et survenant à des intervalles éloignés.

Examens de laboratoire et tests biologiques

Examen du sang. — Pour la rougeole et la rubéole, les auteurs ne sont pas d'accord. La rougeole est suivant les uns hyperleucocytaire, suivant les autres hypoleucocytaire. Rielle, Rieder, Courmont, Montagard, Péhu, parlent d'hyperleucocytose, formule qui ne se retrouverait, d'après Combe, Renaud, Soboka, qu'à la période d'invasion. L'hypoleucocytose apparaissant seulement l'invasion terminée, est notée par Combe, Renaud, Soboka, Platenga, Tiliston ainsi que par Turk et Felsenthal. C'est à la formule hypoleucocytaire que conclut Lagriffoul.

En ce qui concerne la rubéole, pour Platenga la formule est mononucléaire avec hypoleucocytose. Tschistowitch et Chestakoïa ont trouvé de l'hyperleucocytose légère avec polynucléose. Lagriffoul déclare qu'à la période d'éruption l'hypoleucocytose est moins fréquente que dans la rougeole, il ne l'a rencontré que cinq fois sur trente, dix malades présentaient de la polynucléose avec hyperleucocytose et quinze malades avaient un chiffre normal. Il conclut pour la période d'éruption à l'hyperleucocytose avec polynucléose.

Pour Lesieur et Jacquet, la rougeole se caractérise par une leucocytose polynucléaire banale ; la rubéole, au contraire, par une leucocytose mononucléaire portant surtout sur les formes moyennes en relation avec la poussée ganglionnaire concomitante et s'accompagnant en outre et souvent d'une légère poussée de mastzellen-leucocytose au début de la convalescence.

Plus récemment Lindberg a trouvé dans la rubéole 1-1,5 % de plasmazellen, donc un chiffre qui n'est pas supérieur à celui des éosinophiles. On trouve de plasmazellen aussi dans la scarlatine et dans la rougeole, par conséquent on ne peut pas utiliser leur recherche pour le diagnostic différentiel de la rubéole. Cependant leur présence avec formule leucocytaire normale pourrait être d'une certaine valeur pour le diagnostic. De même dans les cas où on ne trouve que peu de symptômes nets de rubéole, la présence de plasmazellen dans le sang peut orienter le diagnostic. Lindberg a vu de plasmazellen dans des cas de rubéole avec adénite, mais sans fièvre, sans exanthème.

D'après Thomas, Hildebrandt et Nägeli on trouve le premier jour une légère leucocytose, plus tard le chiffre des leucocytes diminue pour atteindre son minimum le troisième jour après l'apparition de l'exanthème. Le nombre des polynucléaires neutrophiles diminue jusqu'au quatrième ou sixième jour, les éosinophiles disparaissent complètement (Glanzmann). Au contraire les lymphocytes augmentent de nombre, surtout les gros

lymphocytes. Les plasmazellen apparaissent ; Nægeli a vu de plasmazellen constituer jusqu'à 30 % du chiffre global des leucocytes.

La plupart des auteurs admettent aujourd'hui l'hypoleucocytose à la période éruptive dans la rougeole comme dans la rubéole mais surtout dans cette dernière.

Dans la scarlatine à la période d'état on trouve constamment une forte leucocytose (polynucléaires neutrophiles tandis que les mononucléaires subissent une diminution); le nombre des éosinophiles est déjà augmenté à ce stade. La scarlatine peut ainsi être distinguée des érythèmes scarlatiniformes dont la formule leucocytaire est normale ou caractérisée par une mononucléose. Exceptionnellement le chiffre des éosinophiles peut être augmenté dans l'érythème scarlatiniforme récidivant.

En ce qui concerne la maladie de Dukes-Filatow, la formule se rapprocherait de la rubéole et surtout de la rougeole par l'hypoleucocytose tandis que par l'éosinophile croissante elle se rapprocherait de la scarlatine.

! Dans le mégalérythème épidémique on observe une lymphocytose jusqu'à 65 % et une mononucléose. L'éosinophilie n'est pas constante.

Dans l'exanthème subit on note une leucopénie portant sur les polynucléaires. Il y a une lymphocytose atteignant 80-90 % et une mononucléose.

Examen des urines. — De l'examen des urines on ne peut tirer de conclusions certaines ; cependant d'après Lobligeois, la diazoréaction d'Ehrlich, très fréquente

dans la scarlatine, est exceptionnelle dans les érythèmes scarlatiniformes. Mais Donneaud n'a trouvé la réaction positive que dans 28 p. 100 des cas de scarlatine ; d'après Donneaud, cette réaction est presque toujours positive dans la rougeole (93 p. 100). La diazoréaction est toujours négative dans la rubéole.

On cite l'albuminurie comme n'étant pas exceptionnelle dans la rubéole. Le plus souvent elle est passagère et n'est pas le début d'une néphrite véritable. On a signalé cependant cette complication après la rubéole et cette néphrite aurait les allures d'une néphrite scarlatineuse avec moins de tendance aux accidents graves.

La recherche de l'urobiline est nettement positive dans la scarlatine, moins nettement dans la rougeole, négative dans la rubéole.

Très important pour établir le diagnostic de la scarlatine est le procédé décrit en 1918 par Schultz et Charlton ; il est basé sur le phénomène de l'extinction de l'exanthème scarlatineux par le sérum d'un scarlatineux convalescent ou d'un sujet n'ayant jamais eu la scarlatine. Si l'on injecte un demi-centimètre cube de ce sérum sous la peau à un endroit où l'éruption de la scarlatine est bien marquée, on voit au bout de six à dix heures l'exanthème scarlatineux pâlir, s'effacer complètement dans une zone large comme une pièce de un franc ou même comme la paume de la main et l'extinction de

l'exanthème dure plusieurs jours. On a constaté d'autre part que ce même sérum de scarlatineux convalescent ou de sujet sain est sans action sur tout exanthème qui n'est pas d'origine scarlatineuse et enfin que le sérum de scarlatineux en pleine maladie, c'est-à-dire dans les 21 premiers jours, est incapable de provoquer l'extinction, si on l'injecte à un malade ayant une éruption de scarlatine. Donc le phénomène d'extinction est une réaction caractéristique de la scarlatine seulement. Il est absent dans les éruptions scarlatiniformes.

La réaction de Dick positive plaide en faveur de la scarlatine.

On observe un dermographisme prononcé dans l'érythème annulaire.

La cutiréaction tuberculinique reste positive dans la rubéole à l'inverse de la rougeole. Exceptionnellement, dans les rougeoles bénignes, les cultiréactions peuvent rester positives et inversement dans des rubéoles sévères, les cutiréactions devenir négatives.

Au cours de la rubéole, l'inoculation de la vaccine détermine chez les sujets réceptifs une pustule vaccinale typique et normale, contrairement aux phénomènes d'anergie qui surviennent à l'égard de la vaccine au cours de la rougeole.

CONCLUSIONS

1. La rubéole, entité morbide individualisée depuis 1881, est actuellement bien connue dans sa symptomatologie. Toutefois les erreurs de diagnostic paraissent encore fréquents avec diverses maladies se rapprochant de la rubéole.

2. La rougeole dans sa forme normale est d'un diagnostic en général facile (longueur d'incubation, catarrhe oculo-nasal, énanthème, différence dans l'érythème, dans l'état général, dans l'adénopathie, dans la formule sanguine).

3. Il en est a fortiori de même de la scarlatine sauf le diagnostic des rubéoles à érythème scarlatiniforme prédominant avec les scarlatines frustes qui paraissent assez fréquentes.

4. La maladie connue sous le nom de Dukes-Filatow ou quatrième maladie, ne semble pas devoir être retenue dans les cadres nosologiques, de l'avis de la très grande majorité des auteurs.

5. La cinquième maladie ou mégalérythème épidémique doit au contraire être individualisée. Sa différen-

ciation d'avec la rubéole prête à confusion et il est vraisemblable que les deux maladies sont souvent confondues, surtout dans les pays, comme la France, où la cinquième maladie est encore peu commune.

6. L'érythème subit, désigné aussi par bien d'autres appellations, semble exister mais il est rare et sa différenciation d'avec la rubéole paraît aisée (syndrome méningé concomitant, hyperleucocytose puis leucopénie avec chute des polynucléaires).

7. Enfin le diagnostic de la rubéole peut prêter à confusion, au moins lors des premiers examens, avec diverses maladies telles que suette miliaire, roséole saisonnière, roséole syphilitique, acrodynie ou avec des rashes ou encore avec des érythèmes infectieux secondaires, enfin avec divers érythèmes toxiques comme les éruptions médicamenteuses ou digestives.

Nous envisageons tous ces cas avec les détails nécessaires à l'établissement du diagnostic.

Vu : *Le Président de Thèse,*
L. TANON.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIOT. — Thèse de Bordeaux 1891.
- ANGLADA. — *Etude leucocytaire de 24 cas de rubéole.*
(Montpellier méd. 1911, xxxiii pp. 351-357.
- APERT. — *Précis des maladies des enfants.*
- APERT. — *Signe de Koplik.* (Monde médical 1921).
- APERT ET AVIRAGNET. — *Une épidémie de rubéole à l'hôpital Saint-Louis.* (Bull. Soc. de Pédiatrie, Fév. 1906).
- APERT ET AVIRAGNET. — *Deux épidémies de rubéole.* (Soc. de Pédiatrie, Fév. 1906).
- ARTICLE COLLECTIF. — *Koplik's sign in the diagnosis of measles, Collective Testimony.* (Maryland med. Journ. Baltimore, Fév. 1900, n° 2, pp. 93-99).
- AUBERT. — *Sur une épidémie familiale de rubéole.* (Lyon Médical 1908).
- BAUMLER. — *Röteln. Differentialdiagnose der akuten Exantheme.* (Urban und Schwarzenberg, Berlin et Vienne II, p. 59).
- BELSON. — *Clinical features of an epidemic of rubella.*
(New England J. Med. 203 p. 1076, 27 Nov. 1930).
- BENARD. — *Les complications nerveuses de la rubéole (méningite, myélite, névrite, zona).* (Bull. et mém. soc. méd. d. hôp. de Paris, xlv p. 1443, 4 Nov. 1921).

- BENARD. — *La réaction du benjoin colloïdal dans les méningites des maladies infectieuses à rubéole et oreillons*. (C. R. Soc. Biologie LXXXV pp. 712-713, 22 Oct. 1921).
- BERTARELLI. — *Le nuove conoscenze eziologiche sul morillo*. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche XXXIII N. 122, 10 Oct. 1912).
- BERTHUIT. — Thèse de Montpellier 1921.
- BIEHLER (M. et W. de). — *Examen du sang de l'enfant dans les maladies infectieuses (rougeole, diphtérie, scarlatine)*. (Arch. de méd. des enf. Août 1909 p. 561 et Avril 1911 p. 264).
- BING. — Thèse de Paris 1905.
- BOISSERIE-LACROIX, PESME ET PHILIP. — *Un cas d'ophtalmoplégie nucléaire externe bilatérale post-rubéolique*. (Soc d'O. N. O. de Bordeaux, 5 Déc. 1929).
- BRELET. — *Diagnostic des fièvres éruptives*. (Gazette des hôpitaux 1923 N. 90 et 92).
- BROCK. — *Meningo-encephalitis following german measles*. (Lancet 2, 1190, 7 Déc. 1929).
- BUTLER. — *Epidémie de rubéole*. (Hygiea xci 1929, p. 239).
- CAIGER. — *Discussion on the early diagnosis of the acute specific fevers*. (Brit. med. Journal 1901).
- CAIGER. — *The fourth disease*. (Brit. med. Journal 1901).
- CANCIULESCO ET VASILIU. — *Une épidémie de rubéole à Craïova*. (Bull. et mém. soc. méd. hôp. de Bucarest, 23 Janv. 1924, pp. 15-16).

- CARRIEU, LAMY ET BOUCHET. — *La rubéole n'est pas toujours une maladie bénigne.* (Presse médicale N. 18, 3 Mars 1928).
- CARRIEU ET ROUME. — *A propos d'une épidémie de rubéole s'accompagnant de quelques cas de rougeole et scarlatine.* (Soc. des sc. méd. et biol. Montpellier, 25 Fév. 1921).
- CHEINISSE. — *L'identité de la 4^e maladie avec la rubéole scarlatineuse.* (Semaine méd. 1905, p. 145).
- COMBY. — *Communication sur la rubéole.* (Bull. Soc. de Pédiatrie, 18 Avril et 16 Mai 1905).
- COMBY. — *La rubéole chez les enfants.* (Arch. de méd. d. enf., Paris 1915, xviii pp. 293-329).
- COMBY. — *Faut-il parler de sixième maladie ?* (Arch. de méd. d. enf., Paris 1917, p. 356).
- COMTE. — *La rougeole et la rubéole distinguées par leurs caractères épidémiologiques.* (Arch. de méd. et de pharmac. militaires, Paris 1907).
- DANIEL. — Thèse de Montpellier 1896.
- DARIER. — *Précis de dermatologie.*
- DEBRÉ ET JOANNON. — *Le signe de Koplik.* (Année méd. pratique 1923).
- DEBRÉ ET PAPP. — *Sur la cutiréaction tuberculinique au cours de la rougeole et de la rubéole.* (C. R. Soc. Biologie, xcv, pp. 29-33, 5 Juin 1926).
- DEBRÉ, TURQUETY ET BROCA. — *L'encéphalite de la rubéole.* (Presse médicale N. 21, 12 Mars 1930).
- DEFOUG. — *Quatrième maladie et rubéole scarlatiniforme.*

- (Arch. de méd. et de pharm. militaires, Paris 1907, pp. 338-348).
- DELASTRE. — Thèse de Lyon 1883.
- DELINOTTE. — *Note au sujet de trois observations médicales : zona, varicelle, rubéole.* (Ann. Méd. et Pharm. colon. xxvi, pp. 244, 1930).
- DIDIER. — Thèse de Paris 1891.
- DIRRIGL. — *Zur Geschichte der Röteln.* (Arch. f. Kinderh. 91, pp. 59-69, 25 Juillet 1930).
- DOURNET. — Thèse de Paris 1906.
- DUCAMP, CARRIEU ET ROUME. — *Mort subite au cours d'une rubéole.* (Montpellier méd. xliii, pp. 447-449, 1921).
- DUKES. — *On the confusion of two different diseases under the name of rubella.* (Lancet 1900 ; pp. 89, 114, 289, 1384).
- DUREAU. — Thèse de Paris 1906.
- ENGEL. — *Ueber besondere Exantheme und Erytheme im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr. p. 410 1926).
- ERSCHE. — Thèse de Fribourg i. Br. 1901.
- FEER. — *Lehrbuch der Kinderheilkunde*, 1926.
- FERVERS. — *Die vierte Krankheit « Rubeola scarlatinosa »* (Münch. med. Wochenschr. lxxiv, page 283, 18 février 1927).
- FILATOW. — *Zur Frage der Selbstständigkeit der Rubeola scarlatinosa.* (Arch. f. Kinderh. 1886, p. 241).
- FINKELSTEIN ET STOJANOWSKA. — *Drüsenanschwellungen*

und Röteldiagnose. (Arch. f. Kinderh. xc. p. 181, 24 mai 1930).

FLORAND ET FIESSINGER. — *Septicémie bénigne à streptocoque, endopéricardite à streptocoque à la suite d'une rubéole* (Bull. et mém. soc. méd. des hôp. Paris, pp. 1452-1453, 11 nov. 1921).

GEIGER. — *Epidemie of german measles in a city adjacent to an army cantonment and its probable relation thereto.* (Journ. of the Amer. Med. Assoc. lxx. pp. 1818-1820, 15 juin 1918).

GISMONDI. — *Malattie esantematiche poco note.* (Pratica pediatrica 1926, p. 80).

GLANZMANN. — *Das kritische Dreitagefieberexanthem der kleinen Kinder.* (Erg. inn. Med. Vol. xxix p. 65).

GLANZMANN. — *Röteln und Drüsenfieber (Benigne Lymphoblastosen).* (Schweiz. med. Wochenschr. lix, p. 445, 27 avril 1929).

GRIFFITH. — *Rubella and the fourth disease* (Philadelphia med. journ. ix. pp. 659-661, 1902).

GUMFLOWICZ. — *Kasuistisches und Historisches über Röteln.* (Jahrbuch f. Kinderh. xxxii p. 267, 1891).

HALLÉ. — *La rubéole* (in Traité de path. int. Sargent-Ribardeau Dumas-Babonneix, xvi).

HAMBURGER ET SCHEY. — *Ueber systematische Lymphdrüsenanschwellungen bei Röteln.* (Münch. med. Wochenschr. 1909 p. 2309).

HAMEL. — *Thèse de Paris* 1922.

HASSELMANN-KAHLERT. — *Zur Epidemiologie der Röteln*
(Monatschr. f. Kinderh. xxxiv. pp. 35-44, 1926).

HEUBNER. .. *Lehrbuch für Kinderheilkunde* 1912.

HILDEBRANDT. — *Zur Diagnostik der Röteln.* (Münch.
med. Wochenschr. 30 nov. 1909, p. 2485.

JOFFRION. — Thèse de Paris 1924.

KAICHIRO IKEDA. — *The nature of afebrile exanthema in
infants with clinical observations* (J. pediatr. Tokyo
1925).

KANEKO. — *Findings regarding the blood-constitution in
rubella.* (Journ. Oriental med. I. pp. 112-114, août
1923).

KOPLIK. — *Röteln : its differentiation from measles or
scarlat fever.* (51^e ann. meeting of the Amer. Assoc.
Journ. of the Amer. med. Assoc., Chicago 10 nov.
1900 pp. 1195-1199).

LAGRIFFOUL. — *La formule leucocytaire de la rougeole et
de la rubéole.* (Arch. de méd. expér. et d'anat. path.
Paris 1906).

LAZARD. — Thèse de Paris 1890.

LEHNDORFF ET LEINER. — *Erythema annulaire* (Zeitschr.
f. Kinderh. xxxii, p. 46, 1922).

LEINER. .. *Ueber besondere Exantheme und Erytheme im
Kindesalter mit Ausschluss der akuten Exantheme.*
(Wiener klin. Wochenschr. 1925, p. 1785).

LEITNER. — *Ueber eine schwere Rubeola-Epidemie* (Jahr-
buch f. Kinderh. cxiv pp. 209-215, 1926).

LESAGE. — *La quatrième maladie (mal. de Dukes)* (Presse méd. 12 juillet 1917 pp. 401-402).

LESIEUR ET JACQUET. — *De quelques faits concernant la rubéole : réactions sanguine et ganglionnaire.* (Presse méd. 29 mai 1919 p. 292).

LIND. — Thèse de Paris 1931.

LINDBERG. — *Beiträge zur Nosologie der Rubeola.* (Acta paediatrica vol. IV, fasc. I, 1924).

MACDONALD, RITCHIE, FOX ET WHITE. — *Purulent bronchitis complicating measles and rubella* (British med. Journ. N. 3018 pp. 481-486, 2 nov. 1918).

MARFAN. — *Clinique des maladies de la première enfance.*

MARFAN ET LEMAIRE. — *Précis d'hygiène et des maladies de la première enfance.*

MAY. — *Rubella, an report of an epidemic of eighty cases.* (Arch. of. Ped., Août 1908).

MICHELAZZI. — *Sul valore clinico del sintoma di Koplik nel morbillo.* (Gazz. d'Osped. Milano, 10 jan. 1904 pp. 35-37).

MILIAN. — *Roséole infectieuse aigüe* (Rev. franç. de dermat. et de vénéréol, VI, pp. 449-453, Sept.-Oct. 1929)

MILLON. — *Diagnostic de la rubéole.* (Rev. internat. de méd. et de chir. Paris 1905).

MORAWETZ. — *Vierte Krankheit, Morbilli, Rubeola, Scharlach* (in Handbuch f. Haut u. Geschlechtskr. de Jadassohn XIV, 1930).

MOREL-LAVALLÉE. — *Etude générale des roseoles.* (Gazette des hôpitaux 1887 p. 817).

- MORQUIO. — *Rubeola, consideraciones generales y estudio de la epidemia*. (Rev. med. del Uruguay 1915).
- MUCCIA. — *Rubeole*. (Giorn. de Batteriologia e Immunologia, iv, p. 457, 1930).
- NECHKOVITCH. — Thèse de Paris 1924.
- NAGAHARA. — *The examination of the urine in rubella*. (Journ. Oriental Med. Août 1923, p. 115).
- NETTER ET BERTHOLD. — *Allergie vaccinale dans la rubéole*. (C. R. Soc. de biol., Paris 1921 LXXIII, pp. 160-163).
- NOBÉCOURT. — *Précis de médecine infantile*.
- NOBÉCOURT ET CH. RICHET FILS. — *Endémio-épidémiologie de la rubéole aux armées*. (Soc. méd. des hôpitaux, 12 Avril 1918, pp. 339-342).
- PASTIA. — *Un nouveau signe de diagnostic de la scarlatine*. (Tribune méd. 12 Nov. 1910, p. 726).
- PASTIA. — *Le signe du pli du coude dans la scarlatine*. (Arch. de méd. des enfants, Fév. 1911).
- PATER. — *Sur le diagnostic hématologique des fièvres éruptives et des érythèmes qui les simulent*. (Arch. de méd. des enfants 1909, p. 577).
- PAVLOVITCH. — Thèse de Lyon 1922.
- PECHERE. — *Rougeole et rubéole*. (Polielin. Bruxelles XIX pp. 55-58, 1910).
- PFAUNDLER-SCHLOSSMANN. — *Handbuch der Kinderheilkunde* 1931.
- PIERRET ET MARC HADOUR. — *Un cas mortel de méningo-*

encéphalite rubéolique. (Soc. de Méd. du Nord, Juillet 1931).

PITTEN. — *Ueber einen Fall von symptomatischen Morbus Werlhof nach Röteln*. (Arch. f. Kinderh. LXXXVI, p. 114, 25 janvier 1929).

PLATENGA. — *La leucocytose de la rougeole et de la rubéole*. (Arch. des mal. des enfants, 1903).

POTTER. — *Severe forms of rubella*. (British M. J. ((, p. 1084, 27 Déc. 1930).

RAMOND. — *Les éruptions morbilleuses : rougeole et rubéole*. (Arch. de Méd. et de Pharm. Milit., Paris 1916).

RECALDE CUESTAS. — *El exantema critico o enfermedad de Zahorsky-Veeder-Hempelmann*. (Revista medica de Rosario, mai 1926).

RENAULT. — *Rubéole*. (in Traite d'hygiène Brouardel-Chantemesse-Mosny).

RIETSCHER. — *Gibt es eine vierte, fünfte, sechste Krankheit ?* (Med. Klinik, 1930, p. 500).

ROMME. — *La fourth disease ou maladie de Dukes-Filatow*. (Presse méd. 1904 N. 90).

SCHMID. — *Ueber Röteln und Erythemepidemie*. (Wiener klin. Wochenschr 23 nov. 1899, N. 47 pp. 1169-1173).

SCHULTZ ET CHARLTON. — *Serologische Beobachtungen um Scharlachezanthem*. (Zeitschr. f. Kinderh. XVII, p. 328, 1918).

SEVESTRE. — *Quelques remarques sur la rubéole et la scarlatine.* (Bull. Soc. de Pédiatrie, 16 mai 1905).

SIMPSON. — *Fourth disease or para-scarlet ?* (Lancet cccii, pp. 381-382, 19 août 1922).

STROÉ. — *Maladie éruptive épidémique de nature indéterminée observée à Bucarest chez les enfants.* (Arch. méd. inf. xxix. p. 255, 1926).

STOLTE. — *Ein neues Sympton der Röteln* (Monatschr. f. Kinderh. xlv. pp. 206-207, 1929).

STRZELBICKI. — *O znaczeniu rozpoznawczem plam Koplika przy odrze oraz kilka slow o jezyku odrowym.* (Sur la signification diagnostique des taches de Koplik dans la rougeole et quelques mots de la langue rougeoleuse). (Gaz. lek. Warszawa 12/24 Fév. 1900 N. 8, pp. 197, 201).

SUZUKI. — *A study of rubella among children in Manchuria.* (Journ. Oriental Med. I, pp. 85-111, Août 1923).

TEISSIER, WIDAL, ROGER. — *Nouveau traité de médecine* 1922.

TOBEITZ. — *Differentialdiagnose der akuten Exantheme* (Wiener Klin. Wochenschr., 1928 p. 1092).

TUNNICLIFF. — *Observations on the bacteriology and immune reactions of rubeola (measles) and rubella (german measles).* (Journ. of Infect. Diseases, xxii, pp. 462-469, mai 1918).

- TUNNICLIFF. — *Observations on throat smears in measles, rubella (german measles) and scarlet fever.* (Journ. Amer. Med. Assoc., LXX, pp. 104-105, 13 juillet 1918).
Amer. Med. Assoc., LXX, pp. 104-105, 13 juillet
- TUNNICLIFF ET BROWN. — *Immune reactions with diplococci isolated from measles and rubella.* (Jour. Infect. Diseases, xxiii, pp. 572-577, Déc. 1918).
- VARIOT. — *Petite épidémie de rubéole au pavillon de la carlatine à l'hôpital des Enfants-Malades.* (Bull. Soc. de Pédiatrie, 18 Avril 1905).
- VILLANI. — *Il fenomeno di Koplik.* (Rassegna med. Bologna, ix, N. 6, 1901).
- WARRACK. — *The differential diagnosis of scarlet fever, measles and rubella.* (Brit. med. Journ., N. 3018 pp. 486-488, 2 Nov. 1918).
- WASHBOURN. — *The fourth disease.* (Brit. med. Journ. 1901).
- WEAVER. — *The fourth disease.* (Brit. med. Journ. 1902 pp. 364-365).
- WEISS. — *Kasuistischer Beitrag zur Infektiosität der Rubeola.* (Med. Klinik, xxiv, pp. 1086-1087, 17 juillet 1928).
- ZADIK. — *Rubeola gravis.* (Deutsche med. Wochenschr. LIII, p. 412, 4 mars 1927).
- ZAHORSKY. — *Roseola infantum.* (Journ. Amer. Med. Assoc., LXI, p. 1446, 1913).



IMPRIMERIE
A. OLIVIER
- FALAISE -
M. REMONDIN
- DIRECTEUR -

